

KAJIAN KEPUASAN PESERTA WAJIB PT ASKES
DALAM KINERJA PERSPEKTIF PELANGGAN
PADA PROGRAM ASURANSI KESEHATAN SOSIAL
DI KOTA SEMARANG
TAHUN 2006
(STUDI KUALITATIF)



TESIS

Untuk Memenuhi Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan

Oleh
Diding Lukmana
Nim : E4A 003006

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG

Abstrak

Diding Lukmana

Xiv+146 halaman+48 tabel+2 gambar+14 kotak

Kajian Kepuasan Peserta Wajib PT Askes Dalam Kinerja Perspektif Pelanggan Pada Program Asuransi Kesehatan Sosial Di Kota Semarang Tahun 2006 (Studi Kualitatif)

Strategi pendekatan yang digunakan dalam mengukur kinerja di PT Askes Cabang Semarang adalah dengan pendekatan *Balanced Scorecard* yaitu *frame work* pengukuran kinerja yang tidak hanya menggunakan ukuran kinerja finansial, tetapi juga ukuran pelanggan, proses bisnis internal serta pembelajaran dan pertumbuhan. Perspektif Pelanggan, merupakan *leading indicator* dalam kerangka kerja *Balanced Scorecard*, karena jika peserta tidak puas mereka akan mencari produsen lain yang sesuai dengan kebutuhan mereka, oleh karena itu kepuasan peserta wajib PT Askes pada program asuransi kesehatan sosial di Kota Semarang perlu di evaluasi.

Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan kepuasan peserta wajib PT Askes di Kota Semarang sebagai kinerja perspektif pelanggan meliputi pelayanan di PT Askes, Puskesmas, Rumah Sakit, Apotek dan Optik.

Penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan studi kualitatif, jumlah responden sebanyak 10 orang terdiri dari peserta aktif (PNS) dan pensiun yang telah mendapatkan pelayanan baik di PT Askes maupun provider yaitu di puskesmas, rumah sakit, apotek dan optik. Alat penelitian yang digunakan adalah wawancara mendalam, data dianalisa secara kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan yang belum memuaskan peserta adalah : (a) terkait pelayanan di PT Askes yaitu masih adanya petugas yang kurang ramah , (b) terkait rawat jalan rumah sakit yaitu komunikasi yang belum baik antara petugas dan peserta tentang iur biaya pada penunjang diagnostik, masih ada dokter meresepkan obat diluar DPHO, loket tutup tidak sesuai dengan jam kerja , dan adanya keterlambatan dokter dalam melayani praktek, (c) terkait rawat inap rumah sakit yaitu belum baik komunikasi antara pasien dengan perawat dalam pemakaian obat dan penyajian makanan, dan (d) terkait pelayanan obat di apotek yaitu masih ada obat askes (DPHO) yang diresepkan dokter tidak tersedia di apotek, keberadaan media informasi dirasakan kurang, ruang tunggu yang dianggap terlalu sempit

Kata kunci :Kepuasan Peserta, Perspektif Pelanggan
Daftar Pustaka :1988 – 2006

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
BIODATA PENULIS	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I : PENDAHULUAN	1
A: Latar Belakang	1
B : Rumusan Masalah.....	13
C: Tujuan	13
D: Manfaat	15
E :Ruang Lingkup.....	16
F : Keaslian Penelitian.....	17
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A: Perkembangan Asuransi Kesehatan Sosial Di Indonesia..	19
B :Perkembangan PT Askes (Persero).....	26
C : Manajemen Strategis.....	36
D : Balanced Scorecard.....	39
E : Kepuasan Pelanggan.....	50
F : Evaluasi.....	52
G : Kerangka Teori.....	54
BAB III : METODOLOGI PENELITIAN	
A: Kerangka Konsep.....	55
B: Definisi Operasional.....	56
C : Jenis Penelitian.....	59
D : Alat Penelitian.....	60
E: Reliabilitas dan validitas.....	60
F : Populasi dan sample.....	61
G: Jalannya Penelitian.....	64
H:Analisa Data.....	66
BAB IV : HASIL PENELITIAN	
A : Karakteristik Responden.....	67
B : Hasil Penelitian	68
1. Pelayanan di PT Askes.....	68
2. Pelayanan di Puskesmas.....	76
3. Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit.....	83
4. Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit.....	91
5. Pelayanan obat di Apotek.....	101
6. Pelayanan Kacamata di Optik.....	110

C: Wawancara Mendalam Untuk Crosscheck.....	116
1. PT Askes (Persero).....	116
2. Puskesmas.....	118
3. Rumah Sakit.....	118
4. Apotek.....	120
5. Optik.....	121
 BAB V : PEMBAHASAN	
A. Keterbatasan Penulisan	122
B. Pembahasan.....	122
1. Pelayanan di PT Askes.....	122
2. Pelayanan di Puskesmas.....	125
3. Pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit	128
4. Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit.....	130
5. Pelayanan Obat di Apotek.....	132
6. Pelayanan Kacamata di Optik.....	134
 BAB VI : KESIMPULAN DAN SARAN	
A : Kesimpulan.....	136
1. Profil Responden.....	136
2. Hal-Hal Yang Memuaskan Peserta.....	137
a. Pelayanan di PT Askes.....	137
b. Pelayanan di Puskesmas.....	137
c. Pelayanan Rawat Jalan di rumah Sakit.....	138
d. Pelayanan Rawat Inap di rumah Sakit.....	138
e. Pelayanan Obat di apotek.....	139
f. Pelayanan kacamata di Optik.....	139
3. Hal-Hal Yang Kurang Memuaskan Peserta.....	140
a. Pelayanan di PT Askes.....	140
b. Pelayanan Rawat Jalan di rumah Sakit.....	140
c. Pelayanan Rawat Inap di rumah Sakit.....	140
d. Pelayanan Obat di apotek.....	140
e. Pelayanan kacamata di Optik.....	140
B : Saran.....	141
1. Kepada PT Askes.....	141
2. Kepada Akademik/MIKM.....	143
 DAFTAR PUSTAKA	144
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1.1	Kinerja perspektif Pelanggan PT Askes (Persero) Cabang Semarang tahun 2005.....	7
Tabel 1.2	Jumlah Peserta wajib di wilayah PT Askes (Persero) Cabang Semarang tahun 2005.....	11
Tabel 2.1	Perhitungan Indikator penilaian kinerja dalam kerangka Balanced Scorecard.....	31
Tabel 3.1	Jumlah Responden kajian kepuasan peserta wajib PT Askes Di Kota Semarang, Tahun 2006.....	62
Tabel 4.1	Distribusi Frekwensi Karakteristik Responden di Kota Semarang, tahun 2006.....	67
Tabel 4.2	Distribusi Responden Atas Proses Penerbitan Kartu Askes Di Kota Semarang, tahun 2006	69
Tabel 4.3	Distribusi Responden Atas Proses Penyelesaian Klaim Perorangan Di Kota Semarang, tahun 2006	70
Tabel 4.4	Distribusi Responden Atas Biaya Administrasi Askes Di Kota Semarang, tahun 2006	71
Tabel 4.5	Distribusi Responden Atas Keluhan Pelayanan di PT Askes Cabang Semarang, tahun 2006	72
Tabel 4.6	Distribusi Responden Atas Sikap Petugas PT Askes Cabang Semarang, tahun 2006	73
Tabel 4.7	Distribusi Responden Atas Suasana PT Askes Semarang , tahun 2006	74
Tabel 4.8	Distribusi Responden Atas Penerimaan Pasien Puskesmas Di Kota Semarang, tahun 2006	76
Tabel 4.9	Distribusi Responden Atas Pemeriksaan di Puskesmas Di Kota Semarang, tahun 2006	77
Tabel 4.10	Distribusi Responden Atas Biaya Pemeriksaan Puskesmas Di Kota Semarang, tahun 2006	78
Tabel 4.11	Distribusi Responden Atas Obat yang diberikan Puskesmas Di Kota Semarang, tahun 2006	79

Tabel 4.12	Distribusi Responden Atas Keluhan pada Puskesmas Di Kota Semarang, tahun 2006	80
Tabel 4.13	Distribusi Responden Atas sikap petugas Puskesmas Di Kota Semarang, tahun 2006	81
Tabel 4.14	Distribusi Responden Atas Suasana Puskesmas Di Kota Semarang , tahun 2006	82
Tabel 4.15	Distribusi Responden Atas Penerimaan Pasien Poli Rajal RS Di Kota Semarang, tahun 2006	83
Tabel 4.16	Distribusi Responden Atas Pemeriksaan Poli Rajal Di Kota Semarang , tahun 2006	85
Tabel 4.17	Distribusi Responden Atas Biaya Pemeriksaan poli Rajal RS Di Kota Semarang, tahun 2006	85
Tabel 4.18	Distribusi Responden Atas Resep Obat poli Rajal RS Di Kota Semarang, tahun 2006	86
Tabel 4.19	Distribusi Responden Atas Keluhan Poli Rajal Di Kota Semarang , tahun 2006	87
Tabel 4.20	Distribusi Responden Atas Sikap Petugas Rajal I RS Di Kota Semarang, tahun 2006	89
Tabel 4.21	Distribusi Responden Atas Suasana Poli Rajal Di Kota Semarang , tahun 2006	90
Tabel 4.22	Distribusi Responden Atas Proses Penerimaan Pasien Ruang Ranap Di Kota Semarang, tahun 2006	91
Tabel 4.23	Distribusi Responden Atas Kemudahan Memperoleh Ruang Ranap Di Kota Semarang, tahun 2006	92
Tabel 4.24	Distribusi Responden Atas Pemeriksaan Pada Ruang Ranap Di Kota Semarang, tahun 2006	93
Tabel 4.25	Distribusi Responden Atas Biaya Pemeriksaan Ruang Ranap Di Kota Semarang, tahun 2006	94
Tabel 4.26	Distribusi Responden Atas Obat yang Disediakan Ruang Ranap Di Kota Semarang, tahun 2006	95
Tabel 4.27	Distribusi Responden Atas Keluhan Ruang Rawat Inap Di Kota Semarang, tahun 2006	96
Tabel 4.28	Distribusi Responden Atas Kepulangan Dari Ruang Ranap Di Kota Semarang, tahun 2006	97

Tabel 4.29	Distribusi Responden Atas Sikap Petugas Ruang Ranap Di Kota Semarang, tahun 2006	98
Tabel 4.30	Distribusi Responden Atas Suasana Ruang Ranap Di Kota Semarang, tahun 2006	100
Tabel 4.31	Distribusi Responden Atas Persyaratan Penyerahan resep Obat pada Apotek Di Kota Semarang, tahun 2006	101
Tabel 4.32	Distribusi Responden Atas Obat Yang Diterima Dari Apotek Di Kota Semarang, tahun 2006	103
Tabel 4.33	Distribusi Responden Atas Ketersediaan Obat Pada Apotek Di Kota Semarang, tahun 2006	103
Tabel 4.34	Distribusi Responden Atas Keterjangkauan Jarak Apotek Di Kota Semarang, tahun 2006	105
Tabel 4.35	Distribusi Responden Atas Biaya Obat Di Kota Semarang, tahun 2006	106
Tabel 4.36	Distribusi Responden Atas Keluhan pada Apotek Di Kota Semarang, tahun 2006	106
Tabel 4.37	Distribusi Responden Atas Sikap petugas Apotek Di Kota Semarang, tahun 2006	107
Tabel 4.38	Distribusi Responden Atas Suasana Apotek Di Kota Semarang, tahun 2006	109
Tabel 4.39	Distribusi Responden Atas Persyaratan Penyerahan Resep Kacamata Di Kota Semarang, tahun 2006	110
Tabel 4.40	Distribusi Responden Atas Kemudahan Jangkauan Jarak Optikal Di Kota Semarang, tahun 2006	111
Tabel 4.41	Distribusi Responden Atas Nilai Ganti Kacamata Di Kota Semarang, tahun 2006	112
Tabel 4.42	Distribusi Responden Atas Keluhan Pada Optikal Di Kota Semarang, tahun 2006	113
Tabel 4.43	Distribusi Responden Atas Sikap Petugas Optikal Di Kota Semarang, tahun 2006	114
Tabel 4.44	Distribusi Responden Atas Suasana Optikal Di Kota Semarang, tahun 2006	112

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 : Kerangka Teori	54
Gambar 3.1 : Kerangka Konsep	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1a	Pedoman wawancara Mendalam untuk peserta
Lampiran 1b	Pedoman wawancara Mendalam untuk Petugas Askes
Lampiran 1c	Pedoman wawancara Mendalam untuk Petugas Puskesmas
Lampiran 1d	Pedoman wawancara Mendalam untuk petugas Rajal RS
Lampiran 1e	Pedoman wawancara Mendalam untuk Petugas Ranap RS
Lampiran 1f	Pedoman wawancara Mendalam untuk Petugas Apotek
Lampiran 1g	Pedoman wawancara Mendalam untuk Petugas Optik
Lampiran 2a	Transkrip Pengumpulan Data Informan 1
Lampiran 2b	Transkrip Pengumpulan Data Informan 2
Lampiran 2c	Transkrip Pengumpulan Data Informan 3
Lampiran 2d	Transkrip Pengumpulan Data Informan 4
Lampiran 2e	Transkrip Pengumpulan Data Informan 5
Lampiran 2f	Transkrip Pengumpulan Data Informan 6
Lampiran 2g	Transkrip Pengumpulan Data Informan 7
Lampiran 2h	Transkrip Pengumpulan Data Informan 8
Lampiran 2i	Transkrip Pengumpulan Data Informan 9
Lampiran 2j	Transkrip Pengumpulan Data Informan 10
Lampiran 3 a	Transkrip Pengumpulan Data Kepala PT Askes
Lampiran 3 b	Transkrip Pengumpulan Data Ka.Sie Askes Sosial
Lampiran 3 c	Transkrip Pengumpulan Data Kepala Puskesmas
Lampiran 3 d	Transkrip Pengumpulan Data Petugas Rumah Sakit
Lampiran 3 e	Transkrip Pengumpulan Data Petugas Apotek
Lampiran 3 f	Transkrip Pengumpulan Data Petugas Optik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dinamika pembangunan bangsa Indonesia telah menumbuhkan tantangan berikut tuntutan penanganan berbagai persoalan. Salah satu persoalan tersebut adalah penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam pasal 28 ayat (3) mengenai hak terhadap jaminan sosial dan pasal 34 ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Jaminan sosial juga dijamin dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Hak Asasi Manusia Tahun 1948 dan ditegaskan dalam Konvensi ILO Nomor 102 Tahun 1952 yang menganjurkan semua negara untuk memberikan perlindungan minimum kepada setiap tenaga kerja.⁽¹⁾

Sistem Jaminan Sosial Nasional pada dasarnya merupakan program negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.⁽¹⁾

Selama beberapa dekade, Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial. Undang-undang yang secara khusus mengatur jaminan sosial bagi tenaga kerja swasta adalah Undang-Undang Nomor 3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), yang mencakup program jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian.

Untuk pegawai Negeri Sipil (PNS) telah dikembangkan program Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981 dan program Asuransi Kesehatan (Askes) yang diselenggarakan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 yang bersifat wajib bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/Veteran dan anggota keluarganya.

Untuk prajurit Tentara Nasional Indonesia, anggota Kepolisian Republik Indonesia (POLRI) dan PNS Departemen Pertahanan/TNI/Polri beserta keluarganya telah dilaksanakan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Asabri) sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 tahun 1971.

Untuk memastikan jaminan sosial yang dilaksanakan beberapa penyelenggara dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap warga negara, maka diundangkanlah Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

PT Askes (Persero) adalah BUMN yang menyelenggarakan asuransi kesehatan kepada masyarakat yang pada dasarnya menyelenggarakan dua program yaitu:

1. Jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat sosial baik untuk peserta wajib (PNS dan pensiun PNS serta keluarga) serta program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM)
2. Asuransi kesehatan yang bersifat komersial untuk peserta badan usaha serta badan lainnya.

Sejak tahun 2005, berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan nomor 1241 tahun 2004, PT Askes (Persero) ditugasi untuk melaksanakan pengelolaan Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) sebagai jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat sosial.

Kebijakan pada program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) adalah ^{:(27)}

1. Program dikelola secara terpisah dan tidak mengganggu program askes sosial maupun komersial
2. Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh berdasarkan kebutuhan medis dan berlaku dalam wilayah propinsi
3. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta tidak dikenakan urun biaya (*cost sharing*)

Untuk program jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat wajib, pesertanya terdiri dari pegawai negeri sipil, penerima pensiun sipil dan TNI/Polri, veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya^{:(2)}

Asuransi kesehatan sosial bersifat wajib dikarenakan bahwa pelayanan kesehatan mempunyai ciri *uncertainty* dan akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan hak asasi setiap penduduk. Asuransi sosial bertujuan untuk menjamin semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan akan mendapatkan tanpa peduli status ekonomi atau usianya. Inilah prinsip keadilan sosial (*social equity*) yang menjadi falsafah hidup semua orang didunia. Jadi asuransi sosial memiliki fungsi redistribusi hak dan kewajiban antara berbagai kelompok masyarakat, kaya-miskin, muda-tua, resiko rendah-resiko tinggi.

Didalam Anggaran Dasar PT Askes (Persero), tujuan perusahaan adalah turut melaksanakan dan menunjang kebijaksanaan dan program pemerintah dibidang ekonomi dan pembangunan nasional pada umumnya, serta pembangunan asuransi, khususnya asuransi kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis

kemerdekaan beserta keluarganya dan peserta lainnya serta menjalankan jaminan pemeliharaan kesehatan dengan menerapkan prinsip-prinsip perseroan terbatas. ⁽⁴⁾

Sesuai dengan keputusan Direksi PT Askes (Persero) No. 101/Kep/0404 , PT Askes (Persero) telah menetapkan indikator penilaian kinerja (IPK) untuk digunakan dalam mengukur pencapaian kinerja perusahaan, indikator penilaian kinerja ini digunakan sebagai pedoman dalam mengukur kinerja di setiap fungsi di Kantor Pusat, Regional dan Cabang.

Strategi pendekatan yang digunakan dalam mengukur kinerja adalah dengan menggunakan *balanced scorecard*, karena *balanced scorecard* adalah sistem *frame work* dalam pengukuran kinerja yang tidak hanya menggunakan ukuran kinerja finansial, tetapi juga ukuran pelanggan, proses bisnis internal serta pembelajaran dan pertumbuhan

1. Perspektif Keuangan

Secara tradisional , laporan keuangan merupakan indikator historis agregatif yang merefleksikan akibat dari implementasi dan eksekusi strategi dalam satu periode

Pengukuran kinerja keuangan akan menunjukkan apakah perencanaan dan pelaksanaan strategi memberikan perbaikan yang mendasar bagi keuntungan perusahaan.

2. Perspektif Pelanggan

Tujuan utama perspektif pelanggan adalah terjadinya peningkatan kepuasan kepada pelanggan (*customer satisfaction*). Apabila pelanggan puas atas pelayanan yang diberikan, maka akan meningkatkan pertumbuhan pendapatan dan selanjutnya akan meningkatkan *nilai return on investment (ROI)*.

Didalam Balanced Scorecard, perspektif pelanggan memiliki dua kelompok pengukuran yaitu *customer core measurement and customer value prepositions* ^(5)

- a. *Customer core measurement*, yaitu : *market share, customer retention, customer acquisition, customer satisfaction, dan customer profitability.*

Market share, adalah pengukuran yang mencerminkan bagian yang dikuasai perusahaan atas keseluruhan pasar yang ada.

Customer retention, mengukur tingkat dimana perusahaan dapat mempertahankan hubungan dengan konsumen

Customer acquisition, mengukur tingkat dimana suatu unit bisnis mampu menarik pelanggan baru atau memenangkan bisnis baru

Customer satisfaction : menaksir tingkat kepuasan pelanggan terkait dengan kriteria kinerja spesifik dalam value proposition

Customer profitability : mengukur laba bersih dari seorang pelanggan atau segmen setelah dikurangi biaya yang khusus diperlukan untuk mendukung pelanggan tersebut.

- b. *Customer value proposition*, yaitu : pemicu kinerja yang terdapat pada *core value proposition* yang didasarkan pada atribut *product/service attributes, customer relationship dan image and relationship*

Pelanggan PT Askes (Persero) adalah semua individu dan institusi yang berhubungan dengan penyelenggaraan usaha PT Askes (Persero). Yang menjadi pelanggan PT Askes (Persero) adalah peserta askes (individu, kelompok, badan usaha) dan pemberi pelayanan kesehatan/PPK yaitu puskesmas, dokter keluarga, dokter gigi, rumah sakit, apotek dan optikal) ^(22).

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Analisis proses bisnis internal perusahaan dilakukan dengan menggunakan *analisis value chain*. Disini manajemen mengidentifikasi proses internal bisnis yang kritis yang harus diunggulkan perusahaan. *Scorecard* dalam perspektif ini memungkinkan manajer untuk mengetahui seberapa baik bisnis mereka berjalan dan apakah produk atau jasa mereka sesuai dengan spesifikasi pelanggan.

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Proses pembelajaran dan pertumbuhan ini bersumber dari faktor sumber daya manusia, sistem dan prosedur organisasi. Termasuk dalam perspektif ini adalah pelatihan pegawai dan budaya perusahaan yang berhubungan dengan perbaikan individu dan organisasi.

PT Askes (Persero) Cabang Semarang mempunyai tugas melaksanakan, mengendalikan program-program pemeliharaan kesehatan, pemasaran, kepesertaan, pelayanan pelanggan, pengelolaan keuangan, pengembangan sumber daya manusia, sarana dan prasarana dalam ruang lingkup tanggung jawab PT Askes (Persero) Cabang sesuai dengan kebijakan pelaksanaan yang ditetapkan oleh Kepala PT Askes (Persero) Regional⁽⁴⁾

Berdasarkan Laporan Manajemen PT Askes (Persero) Cabang Semarang , sampai dengan 31 Desember 2005, diperoleh data kinerja yang terkait dengan perspektif pelanggan sebagai berikut :

Tabel 1.1
Kinerja perspektif Pelanggan PT Askes (Persero) Cabang Semarang tahun 2005

No	Variabel/ item	Indikator/target	Realisasi
1	Kepuasan peserta wajib	ICS kepuasan peserta wajib minimal 86 %	83 %
2	Jumlah keluhan	Jumlah keluhan peserta maksimal 100 per 1 juta populasi atau 0,0001	76 keluhan dari 333.363 peserta atau 0,0002
3	Penerbitan kartu	Kartu peserta terbit minimal 90 %	100 %
4	Penulisan resep non-DPHO (Daftar Plafon Harga Obat)	Obat diluar DPHO maksimal 17 %	RJTL= 10,99 % RI = 24,77 %
5	Pelaksanaan PPATRS (Pedoman Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit)	Jumlah RS yang melaksanakan PPATRS 100% RS B : 5 RS C : 3 RS TNI : 1	RS B : 5 RS C : 3 RS TNI : 1
6	Pelaksanaan SPNM (Standar Pelayanan Non-Medis)	Pelaksanaan SPNM, maksimal 3000 kasus RS : 7 hari Apotek : 7 hari Optik : 4 hari	RS : 28 hari Apotek : 22 hari Optik : 13 hari

Sumber : Laporan Manajemen tahun 2005 PT Askes (Persero) Cabang Semarang

Kinerja perspektif Pelanggan pada PT Askes (Persero) Cabang Semarang adalah :

- a. Target kinerja Kepuasan peserta yaitu Indeks Customer Satisfaction (ICS) kepada peserta wajib sebesar 86%, hasil survey dari *Frountier Consultant* menunjukkan bahwa ICS peserta wajib di PT Askes (Persero) Cabang Semarang adalah 83 %, yang berarti belum mencapai target yang telah ditetapkan.Keluhan terbanyak mengenai obat.

- b. Jumlah keluhan peserta adalah maksimal 100 keluhan per 1 juta populasi, atau 0,01 % untuk peserta wajib. Pada program ini dipisahkan antara keluhan peserta dengan permintaan informasi peserta. Keluhan peserta adalah reaksi ketidakpuasan terhadap pelayanan, sedangkan permintaan informasi adalah konfirmasi tentang pelayanan. Hasil kinerja menunjukkan bahwa peserta yang datang baik ke Kantor Askes maupun tempat pelayanan Askes umumnya adalah permintaan penjelasan tentang hak – hak peserta, adapun jumlah keluhan dari peserta wajib sebanyak 76 keluhan dari 333.363 peserta atau 0,02 %
- c. Target kinerja penerbitan kartu adalah telah diterbitkannya kartu peserta wajib minimal 90% dari jumlah peserta. Hasil kinerja menunjukkan bahwa program penerbitan kartu peserta wajib sebesar 100 %, yang berarti target telah tercapai.
- d. Target kinerja penulisan resep obat non-DPHO (Daftar Plafon Harga Obat) adalah adalah batas maksimal provider meresepkan obat non-DPHO yaitu 17%. Hasil kinerja menunjukkan bahwa penulisan resep obat non-DPHO pada rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) untuk peserta wajib sebesar 11,58%, yang berarti target telah tercapai, dan penulisan resep pada rawat inap untuk peserta wajib sebesar 24,77% yang berarti target belum tercapai. Belum tercapainya target penulisan resep non-DPHO pada rawat inap disebabkan karena obat-obat yang digunakan untuk kegiatan operasi.
- e. Target kinerja pelaksanaan PPATRS (Pedoman Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit) yaitu program administrasi satu atap antara RS dengan PT Askes, adalah dilaksanakan pada RS kelas B : 5 , kelas C : 3, dan RS TNI : 1. Hasil Kinerja menunjukkan bahwa program ini telah dilaksanakan sesuai target.

- f. Target kinerja Pelaksanaan SPNM (Standar Pelayanan Non-Medis) adalah penyelesaian klaim RS dan apotek : 7 hari untuk maksimal 3.000 kasus dan optikal maksimal 4 hari. Hasil kinerja menunjukkan bahwa penyelesaian klaim RS untuk peserta wajib rata-rata :28 hari, apotek : 22 hari dan optikal :13 hari, yang berarti target belum tercapai.

Terdapat 2 (dua) strategi utama dalam perspektif pelanggan yang secara keseluruhan dimaksudkan untuk mencapai kepuasan peserta .Strategi tersebut adalah ⁽²⁾

1. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan, melalui :
 - a. Penerapan pelayanan prima dan operasional prima diseluruh jajaran manajemen
 - b. Penyederhanaan prosedur pelayanan kesehatan pada umumnya, utamanya di Rumah Sakit, pelayanan obat, pelayanan administrasi serta fasilitas bagi peserta
 - c. Menyediakan jaringan/provider yang luas
 - d. Memberikan nilai ganti yang optimal kepada provider
2. Peningkatan mutu pelayanan administrasi dan informasi, melalui :
 - a. *Customer care center* yang meliputi teknis operasi yang berhubungan langsung dengan peserta, pemberian informasi dan penanganan keluhan berdasarkan pelayanan prima
 - b. Penyederhanaan prosedur melalui pelayanan terpadu satu atap di Rumah Sakit
 - c. Penyediaan jaringan yang luas dan dekat dengan peserta

Penelitian kuantitatif dan penelitian kualitatif mempunyai cara pandang yang berbeda, penelitian kuantitatif menganut pada cara pandang positivistik, sedangkan penelitian kualitatif mengacu kepada paradigma naturalistik. Naturalistik dapat

diinterpretasikan dengan berbagai cara, naturalistik dapat berarti berusaha memahami sesuatu fenomena atau kejadian secara alamiah (peneliti tidak memanipulasi kejadian) dan mengamati suatu kejadian yang terjadi secara alamiah (Patton,1990)

Fenomena terhadap persepsi kepuasan kepada peserta wajib PT Askes, perlu diungkap lebih mendalam, desain yang tepat adalah dengan studi kualitatif, karena studi ini akan menunjukkan kualitas dari sisi kealamiah sumber data, yang dihasilkan dari data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang atau perilaku yang diamati secara holistik (utuh) ⁽²⁴⁾ . Dengan demikian penelitian ini merupakan aset untuk jangka panjang bagi PT Askes, dalam melaksanakan program jaminan pemeliharaan kesehatan.

Dari segi peneliti, naturalistik juga berarti peneliti tidak memiliki kategori atau variable yang telah ditetapkan sebelumnya untuk mengamati suatu kejadian (*pre-determined catagories*), sehingga lebih bersifat menemukan (*discovering*) hal-hal yang dapat diamati (Guba, 1978). Interpretasi lain adalah bahwa peneliti juga menggunakan cara mengumpulkan data yang natural, yaitu cara-cara yang digunakan oleh masyarakat untuk berkomunikasi dengan orang lain.

Kualitas pelayanan merupakan *driver* dari kepuasan pelanggan yang bersifat multidimensi, untuk mengetahui dimensi manakah yang penting dalam mempengaruhi kepuasan pelanggan, konsep *Serqual* telah dikembangkan oleh *Parasuraman, Berry dan Zeithaml*. Penulisan ini dilakukan dengan pendekatan *Balanced scorecard* dan *Serqual*.

Wilayah kerja PT Askes (Persero) Cabang Semarang meliputi : 5 Dati II, yaitu Kota Semarang, Kabupaten Semarang, Kabupaten Kendal, Kabupaten Grobogan dan Kabupaten Demak.

Sampai dengan tahun 2005, jumlah peserta PT Askes (Persero) Cabang Semarang meliputi peserta komersial sebesar : 26.665 , dan peserta wajib sebesar : 333.363 (1250 %) dengan sebaran peserta wajib per Dati II adalah sebagai berikut:

Tabel.1.2.
Jumlah peserta wajib di wilayah PT Askes (Persero) Cabang Semarang

No	Dati II	Jumlah Peserta	Persentase
1	Kota Semarang	160.297	48,08
2	Kabupaten Semarang	56.606	16,98
3	Kabupaten Kendal	36.558	10,97
4	Kabupaten Grobogan	44.728	13,41
5	Kabupaten Demak	35.174	10,56
	Jumlah	333.363	100,00

Sumber : Laporan Manajemen PT Askes Cabang Semarang tahun 2005

PT.Askes (Persero) hadir tahun 1968, melalui Keputusan Presiden Nomor 230/1968, dalam melaksanakan programnya masih mendapat keluhan dari peserta, seperti berikut :

1. Hasil penelitian terkait kepada kepuasan peserta wajib adanya anggota masyarakat yang *spesialis minded*, mereka tidak *sreg* jika tidak ditangani oleh spesialis, meskipun sebenarnya penyakit yang diderita cukup dikelola oleh dokter puskesmas. Mukti (2003) menunjukkan bahwa rasio rujukan peserta wajib PT Askes di Kabupaten Banyumas sangat tinggi, yaitu 36%. ⁽²⁸⁾
2. Hal lain yang mempengaruhi ketidakpuasan peserta wajib PT Askes adalah adanya faktor ketidakpuasan dokter puskesmas yang menganggap masih kecilnya

besaran kapitasi yang diberikan PT Askes, keterlambatan pembayaran dan sulitnya mengklaim biaya rawat inap (Wintera, 2005) ⁽²⁹⁾

Dari uraian diatas, diketahui bahwa jumlah peserta wajib lebih besar dibandingkan peserta komersial (1250 %) dimana sebagian besar peserta wajib terdapat di Kota Semarang yaitu sebanyak 48,08 %.

Berdasarkan data tersebut, penulis tertarik untuk mengadakan kajian balanced scorecard, khususnya kepuasan peserta wajib di Kota Semarang sebagai kinerja perspektif pelanggan pada program asuransi kesehatan sosial PT Askes (Persero) Cabang Semarang , dengan alasan :

- a. Perspektif Pelanggan, merupakan *leading indicator* dalam kerangka kerja *Balanced Scorecard*, karena jika peserta tidak puas mereka akan mencari produsen lain yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Kinerja yang buruk dari perspektif ini akan menurunkan jumlah peserta dimasa depan meskipun saat ini kinerja keuangan terlihat baik ⁽⁶⁾.
- b. Belum tercapainya target kepuasan pelanggan dibandingkan dengan indikator yang telah ditetapkan, yaitu pada program kepuasan peserta wajib , jumlah keluhan, penulisan resep obat non-DPHO (Daftar Plafon Harga Obat) dan pelaksanaan SPNM (standar pelayanan non-medis)
- c. Sebagian besar peserta wajib PT Askes berada di wilayah kota Semarang, yaitu 48,08% dari jumlah seluruh peserta wajib yang ada di wilayah kerja PT Askes (Persero) Cabang Semarang.
- d. Masih adanya keluhan peserta wajib seperti hasil penelitian Mukti (2003) dan Wintera (2005)

B. Rumusan Permasalahan

Dari uraian latar belakang, diketahui bahwa kinerja perspektif pelanggan di PT Askes (Persero) Cabang Semarang pada tahun 2005, menunjukkan pencapaian kinerja yang belum memuaskan, hal ini terlihat dari belum tercapainya target kepuasan peserta wajib (pencapaian ICS: 83 % dari target 86 %), jumlah keluhan (pencapaian 0,02 % dari target 0,01 %) , penulisan resep obat non-DPHO pada rawat inap (pencapaian 24,77 % dari target 17 %) dan pelaksanaan SPNM (penyelesaian klaim RS: 28 hari dari target: 7 hari, penyelesaian klaim apotek : 22 hari dari target :7 hari dan penyelesaian optikal : 13 hari dari target 4 hari)

Dengan telah diterapkannya pedoman dalam mengukur kinerja di setiap fungsi termasuk di Cabang, sesuai dengan Keputusan Direksi Nomor 101/Kep/0404, maka tolok ukur kepuasan peserta wajib perlu dievaluasi sebagai umpan balik yang akan memberikan informasi aktivitas perencanaan dan pengendalian.

Berdasarkan hal tersebut diatas, permasalahan adalah : bagaimana kepuasan peserta wajib PT Askes dalam kinerja perspektif pelanggan pada program asuransi kesehatan sosial di Kota Semarang tahun 2005 ?

C. Tujuan

Tujuan Umum:

Mendeskripsikan kajian kepuasan peserta wajib di Kota Semarang sebagai kinerja perspektif pelanggan dalam kerangka *balanced scorecard* pada program asuransi kesehatan sosial PT Askes (Persero) Cabang Semarang.

Tujuan khusus:

- a. Mendeskripsikan persepsi peserta wajib PT Askes di Kota Semarang tentang pelayanan di PT Askes meliputi proses pembuatan kartu peserta, pembayaran klaim perorangan, penanganan keluhan, sikap petugas, kenyamanan dan kebersihan kantor
- b. Mendeskripsikan persepsi peserta wajib PT Askes di Kota Semarang tentang pelayanan dasar di Puskesmas, meliputi prosedur penerimaan pasien, penanganan pemeriksaan/pengobatan, penanganan keluhan, sikap petugas, kenyamanan dan kebersihan gedung
- c. Mendeskripsikan persepsi peserta wajib PT Askes di Kota Semarang tentang pelayanan tingkat lanjut/rawat jalan di Rumah Sakit meliputi prosedur penerimaan pasien, pemeriksaan, kecepatan dan ketepatan serta ketelitian pemeriksaan, penanganan keluhan, sikap petugas, kenyamanan dan kebersihan gedung
- d. Mendeskripsikan persepsi peserta wajib PT Askes di Kota Semarang tentang pelayanan rawat inap di Rumah Sakit meliputi prosedur penerimaan pasien, pemeriksaan, kecepatan dan ketepatan serta ketelitian pemeriksaan, kemudahan mendapat ruangan, ketersediaan obat, penanganan keluhan, sikap petugas, kenyamanan dan kebersihan gedung
- e. Mendeskripsikan persepsi peserta wajib PT Askes di Kota Semarang tentang pelayanan obat di apotek meliputi prosedur penyerahan resep, penerimaan obat, informasi tentang obat, ketersediaan obat, keterjangkauan/jarak apotek, ketersediaan obat, penanganan keluhan, sikap petugas, kenyamanan dan kebersihan gedung.

- f. Mendeskripsikan persepsi peserta wajib PT Askes di Kota Semarang tentang pelayanan kacamata di optikal meliputi prosedur penyerahan resep, penerimaan kacamata, ketersediaan kacamata, keterjangkauan/jarak optikal, penanganan keluhan, sikap petugas, kenyamanan dan kebersihan gedung.

D. Manfaat :

1. Untuk Peneliti:

Menambah pengetahuan dan wawasan tentang pelaksanaan pencapaian kepuasan peserta wajib PT Askes di Kota Semarang sebagai kinerja perspektif pelanggan pada program asuransi kesehatan sosial berdasarkan pendekatan *balanced scorecard* sebagai penjabaran misi dan visi di PT Askes (Persero) Cabang Semarang.

2. Untuk PT Askes (Persero) Cabang Semarang

- a. Sebagai bahan acuan untuk penyusunan rencana strategis PT Askes (Persero) Cabang Semarang.
- b. Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan kinerja PT Askes (Persero) Cabang Semarang
- c. Memotivasi pegawai untuk melakukan peningkatan pelayanan sebagai bagian dari mata rantai kepuasan pelanggan

3. Untuk MIKM :

Sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan, hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi penelitian berikutnya.

E. Ruang Lingkup.

1. Lingkup keilmuan adalah bidang Administrasi & Kebijakan Kesehatan khususnya dalam kajian kepuasan peserta wajib PT Askes di Kota Semarang sebagai pencapaian kinerja perspektif pelanggan pada program asuransi kesehatan sosial berdasarkan pendekatan *balanced scorecard*.
2. Lingkup penelitian adalah kepuasan peserta wajib PT Askes, meliputi pelayanan di PT Askes, pelayanan kesehatan dasar di puskesmas, pelayanan rawat jalan di rumah sakit, pelayanan rawat inap di rumah sakit, dan pelayanan obat di apotek, serta pelayanan kacamata di optikal.
3. Lingkup peserta wajib adalah pegawai negeri sipil (PNS), penerima pensiun PNS dan TNI/Polri, veteran serta Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya yang berada di Kota Semarang dan telah menerima pelayanan dari PT Askes, Puskesmas, Rumah Sakit, Apotek dan atau Optik
4. Lingkup provider adalah :
 - a. Puskesmas untuk pelayanan dasar
 - b. Rumah Sakit Pemerintah, termasuk RS TNI/Polri atau Swasta yang telah bekerjasama dengan PT Askes untuk pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap
 - c. Apotek yang telah bekerjasama dengan PT Askes untuk pelayanan obat, bukan Instalasi Farmasi RS.
 - d. Optik yang telah bekerjasama dengan PT Askes untuk pelayanan kacamata.
5. Lingkup lokasi : penelitian dilakukan di Kota Semarang

6. Lingkup metode :studi kualitatif dengan mendeskripsikan data-data kepuasan peserta wajib sebagai kinerja perspektif pelanggan dalam kerangka *balanced scorecard* di PT Askes (Persero) Cabang Semarang.
7. Lingkup waktu : dilaksanakan pada Januari 2006 s/d Februari 2006
8. Lingkup masalah : bagaimana pencapaian kepuasan peserta wajib PT Askes di Kota Semarang sebagai kinerja perspektif pelanggan dalam kerangka *balanced scorecard* pada program asuransi kesehatan sosial PT Askes (Persero) Cabang Semarang ?

F. Keaslian Penelitian:

Penelitian ini mengkaji kepuasan peserta wajib PT Askes sebagai kinerja perspektif pelanggan dalam kerangka *balanced scorecard* yaitu mendeskripsikan persepsi peserta wajib tentang kepuasan meliputi: pelayanan di PT Askes, pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas, pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit, pelayanan rawat inap di Rumah Sakit ,pelayanan obat di Apotek, dan pelayananacamata di Optik.

Penelitian tentang mengukur kinerja dengan Balanced Scorecard maupun kepuasan peserta wajib PT Askes pernah dilakukan antara lain oleh :

1. Abdurrauf K (2000) dengan judul Evaluasi Kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Banjar Berdasarkan Balanced Scorecard. Membahas evaluasi terhadap komitmen dan kepuasan kerja sumber daya manusia, proses pelayanan pasien, kepuasan pasien dan kinerja keuangan di instalasi gawat darurat. Yang membedakan dengan penelitian ini adalah jenis organisasi yang diteliti yaitu organisasi non-profit, sedangkan penelitian penulis pada organisasi profit.

2. Riskiyana Sukandhi Putra (1999) dengan judul Analisis kesenjangan persepsi dan harapan pasien peserta PT Askes Indonesia tentang mutu pelayanan Puskesmas di Kabupaten Kendal. Membahas kesenjangan antara mutu pelayanan yang dirasakan pasien peserta Askes dan Puskesmas. Yang membedakan dengan penelitian ini, yaitu lingkup kepuasan peserta dalam mendapatkan pelayanan kesehatan tidak saja pelayanan Puskesmas tetapi pelayanan di PT Askes maupun provider meliputi puskesmas , RS, apotek, dan optikal
3. MC. Maryana (2002) dengan judul pengaruh persepsi peserta askes tentang mutu pelayanan terhadap pemanfaatan puskesmas Nguntoronadi II di kabupaten Wonogiri tahun 2002. Membahas pengaruh persepsi peserta askes tentang mutu pelayanan terhadap pemanfaatan puskesmas Nguntoronadi II. Yang membedakan dengan penelitian ini adalah jenis variabel penelitian, yaitu kepuasan peserta dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, tidak saja meliputi Puskesmas, tetapi juga pelayanan di PT Askes maupun provider yang meliputi puskesmas , RS , apotek serta optikal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perkembangan Asuransi Kesehatan Sosial di Indonesia

Indonesia adalah salah satu negara dari sedikit negara didunia yang belum memiliki sistem pembiayaan kesehatan yang mantap, dampak dari belum memiliki sistem tersebut adalah terkait dengan ketidakmampuan menyediakan dana kesehatan bagi rakyatnya, sehingga mempengaruhi status kesehatan rakyat.

Menurut survey yang dilakukan *Price Waterhouse Coopers* tahun 1999, sebelum krisis ekonomi tahun 1997 Indonesia membelanjakan sekitar US \$ 19,1 perkapita/tahun untuk pemeliharaan kesehatannya atau sekitar 1,7% GDP, sebagai pembanding Malaysia US \$ 97,3, atau 2,4 % GDP, Thailand US \$ 108,5, atau 4,3 % GDP, Singapura US \$ 667, atau 3,6 % GDP, Taiwan US \$ 623,8, atau 4,8 % GDP. ⁽³⁾

Cakupan kepesertaan penduduk Indonesia dalam program jaminan sosial sektor kesehatan (*compulsary coverage*, semacam asuransi kesehatan wajib /sosial) juga terendah, yaitu sekitar 15 %, sebagai pembanding Thailand mencapai 56% dan Taiwan 96 %. Rendahnya cakupan kepesertaan dalam program asuransi kesehatan ternyata juga menyebabkan inefisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.⁽³⁾

Berbagai upaya untuk memperluas cakupan peserta telah dikembangkan dengan konsep antara lain konsep DUKM (Dana Upaya Kesehatan Masyarakat), JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) ataupun JPCTK (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Tenaga Kerja). Cakupan program ini

baru mencapai sekitar 13 % penduduk dimana peserta yang terbesar adalah peserta dari PT Askes (Persero) yaitu sekitar 15 juta orang ⁽⁸⁾

Pembiayaan kesehatan memang dirasakan semakin berat bagi siapapun, baik pemerintah, dunia usaha maupun masyarakat umum. Untuk itu setiap negara dihadapkan untuk memilih model sistem pembiayaan kesehatan bagi rakyatnya, yang diberlakukan secara nasional. Model model itu adalah :

1. Model asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*). Model ini dirintis di Jerman dibawah Bismarck tahun 1882, berkembang di Eropa, Jepang dan negara asia lainnya, Philipina, Korea dan Taiwan. Kelebihan sistem ini memungkinkan cakupan 100 % penduduk dan relatif rendahnya peningkatan biaya pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh kecilnya “ *bias selection* “ para peserta.
2. Model asuransi kesehatan komersial (*commercial health insurance*) . Model ini berkembang di AS. Hanya AS yang menganut prinsip asuransi kesehatan komersial, termasuk penyelenggaraan program jaminan sosial bagi masyarakat tidak mampu (*medicaid dan medicare*). Sistem ini gagal mencapai 100 % penduduk, ada sekitar 38 % penduduk yang tidak tercakup dalam sistem ini. Selain itu peningkatan biaya kesehatan juga menaik drastis disebabkan terbukanya peluang *moral hazard*
3. Model NHS (*National health services*) yang dirintis pemerintah Inggris. Model ini juga membuka peluang 100 % cakupan penduduk, namun pembiayaan kesehatan yang dijamin melalui anggaran pemerintah akan menjadi beban yang berat

Diantara berbagai model itu, asuransi kesehatan sosial ternyata harus menjadi pilihan karena adanya aspek pengalihan resiko (ekonomi) yang disebabkan sakit serta adanya syarat hukum "*the law of large number*"

Kecenderungan yang menarik dari implementasi asuransi kesehatan sosial adalah : ⁽³⁾

- a. Bahwa asuransi kesehatan sosial justru dimulai dari kelompok formal, untuk kemudian berkembang pada kelompok non formal
- b. Meskipun diawali dengan beberapa badan penyelenggara, jumlah badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial menurun. Dimulai dengan koordinasi / kerjasama diantara berbagai badan penyelenggara, merger kemudian menjadi satu badan penyelenggara. Dengan demikian "*bargaining power*" badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial semakin besar, sementara "*the law of large numbers*" juga semakin besar.

Jaminan sosial sektor kesehatan (asuransi sosial) bersifat wajib, dikarenakan pelayanan kesehatan mempunyai ciri *uncertainty* dan akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan hak azazi setiap penduduk. Deklarasi PBB tahun 1948 telah jelas menyebutkan bahwa setiap penduduk berhak atas jaminan kesehatan manakala sakit. Asuransi sosial bertujuan untuk menjamin semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan akan mendapatkan tanpa peduli status ekonomi atau usianya. Inilah prinsip keadilan sosial (*social equity*) yang menjadi falsafah hidup semua orang didunia. Jadi asuransi sosial memiliki fungsi redistribusi hak dan kewajiban antara berbagai kelompok masyarakat, kaya-miskin, muda-tua, resiko rendah-resiko tinggi⁽³⁾

Mewajibkan penduduk ikut serta dalam asuransi sosial bukanlah pemerkosaan hak, akan tetapi justru pemenuhan hak asasi yang dibiayai secara kolektif. Keikutsertaan berasuransi sosial, sama halnya seperti penduduk harus membayar pajak, mempunyai KTP, menyelenggarakan asuransi sosial merupakan ciri masyarakat madani (*civillizede society*), karena masyarakat madani memiliki banyak sekali kewajiban individu terhadap masyarakat kolektif sebagai bentuk perwujudan kehidupan berbudaya.

Dalam asuransi sosial, premi biasanya ditetapkan oleh Undang-Undang yang besarannya umumnya proporsional terhadap pendapatan. Kombinasi paket jaminan asuransi sama dengan premi yang proporsional terhadap upah memfasilitasi terjadinya equity egaliter (keadilan yang merata).

Menurut Thabrany, keunggulan asuransi sosial adalah : ⁽⁸⁾

Penyelenggraan asuransi sosial mempunyai keunggulan mikro / makro seperti :

1. Tidak terjadi seleksi bias, khususnya *adverse selection* atau anti seleksi. Pada anti seleksi terjadi keadaan dimana orang-orang yang resiko tinggi saja yang akan menjadi atau terus menjadi peserta
2. Redistribusi atau subsidi silang, karena semua orang dalam kelompok wajib, baik kaya maupun miskin, yang sehat maupun yang sakit, yang muda maupun tua, maka asuransi sosial memungkinkan terjadinya subsidi silang yang luas.
3. Pool Besar, suatu mekanisme asuransi pada prinsipnya merupakan suatu *riskpoll*, suatu upaya menggabungkan resiko perorangan atau kumpulan kecil menjadi resiko bersama dalam sebuah kumpulan besar, sehingga prediksi biaya bisa lebih akurat.

4. Menyumbang pertumbuhan ekonomi dengan penempatan dana premi dan dana cadangan pada portofolio investasi
5. Administrasi sederhana, asuransi sosial mempunyai produk tunggal yaitu sama untuk semua penduduk., akibatnya administrasi menjadi sederhana
6. Biaya administrasi murah, selain produk dan administrasi sederhana, asuransi sosial tidak membutuhkan rancangan paket terus menerus.
7. Memungkinkan pengenaan tarif PPK yang seragam, sehingga memudahkan administrasi dan membuat keseimbangan kerja antar dokter
8. Memungkinkan kendali biaya dengan *buying power*. Berbeda dengan mitos model organisasi *managed care* (seperti HMO di Amerika dan bapel JPKM di Indonesia) yang membayar kapitasi dan pelayanan terstruktur yang konon dapat mengendalikan biaya, asuransi sosial dapat mengendalikan biaya lebih baik tanpa harus membayar dokter atau PPK dengan sistem resiko, seperti kapitasi.
9. Memungkinkan peningkatan dan pemeratan pendapatan dokter/PPK. Asuransi sosial mempunyai pool yang besar dan menjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Akibatnya lebih banyak orang mampu berobat. Dengan kemampuan menerapkan tarif standar kepada PPK, asuransi sosial akan mampu pemeratakan pendapatan para PPK yang bersedia memenuhi standar pelayanan dan tarif yang ditetapkan. Apabila asuransi sosial telah mencakup lebih dari 60% penduduk, maka sebaran PPK pun dapat lebih merata tanpa pemerintah harus mewajibkan dokter bekerja di daerah – daerah.
10. Memungkinkan semua penduduk tercakup. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah memasukkan faktor cakupan asuransi kesehatan sebagai salah

satu indikator kinerja sistem kesehatan negara-negara di dunia. Organisasi ini juga menganjurkan untuk perluasan cakupan hingga tercapai cakupan universal, semua penduduk terjamin. Hal ini hanya mungkin jika asuransi yang diselenggarakan adalah asuransi sosial yang mewajibkan semua penduduk menjadi peserta, tentunya secara bertahap. Asuransi sosial memungkinkan terselenggaranya solidaritas sosial maksimum atau memungkinkan terselenggaranya keadilan sosial (social justice). Pendekatan asuransi komersial tidak mungkin mencakup seluruh penduduk dan memaksimalkan solidaritas sosial.

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. pasal 28 ayat (3) dan pasal 34 ayat (2) mengenai hak jaminan sosial, mengamanatkan tentang perlunya jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Hal yang sama juga diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, dimana tujuan diundangkannya seperti dinyatakan pada pasal 3, bahwa :

“Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya.”

Sistem Jaminan Sosial Nasional pada dasarnya merupakan program negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

Selama beberapa dekade, Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial. Undang-undang yang secara khusus mengatur jaminan sosial bagi tenaga kerja swasta adalah Undang-Undang Nomor 3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), yang mencakup program jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian.

Untuk pegawai Negeri Sipil (PNS) telah dikembangkan program Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981 dan program Asuransi Kesehatan (Askes) yang diselenggarakan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 yang bersifat wajib bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/Veteran dan anggota keluarganya.

Untuk prajurit Tentara Nasional Indonesia, anggota Kepolisian Republik Indonesia (POLRI) dan PNS Departemen Pertahanan/TNI/Polri beserta keluarganya telah dilaksanakan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Asabri) sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 tahun 1971.

Berbagai program tersebut diatas baru mencakup sebagian kecil masyarakat. Sebagian besar rakyat belum memperoleh perlindungan yang memadai. Disamping itu, pelaksanaan berbagai program jaminan sosial tersebut belum mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak peserta.

Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional antara lain : ⁽⁹⁾

1. Prinsip kegotongroyongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat, peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotongroyongan ini, jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia
2. Prinsip Kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksud agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan Pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersama-sama dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara sukarela, sehingga dapat mencakup petani, nelayan, dan mereka yang bekerja secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

B. Perkembangan PT Askes (Persero)

PT.Askes (Persero) hadir tahun 1968, melalui Keputusan Presiden Nomor 230/1968, menggantikan sistem lama yang berlaku sejak jaman Belanda. Sejalan dengan perubahan status menjadi Perusahaan Umum pada tahun 1984, dilaksanakan upaya membangun sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan yang terintegrasi yaitu mengubah sistem *reimbursement fee for services system* menjadi *managed health care concept*.⁽¹⁰⁾.

Implikasi dari perubahan sistem adalah berubahnya dari sistem yang bebas menjadi sistem dengan berbagai prosedur, dan inilah yang kemudian oleh peserta Askes sering dianggap sebagai pelayanan yang berbelit-belit, padahal di semua negara prosedur ini juga diberlakukan, perubahan tersebut yaitu sebagai berikut :

- a. Standarisasi obat yang dikenal dengan DPHO (Daftar dan Plafon Harga Obat) pada tahun 1987, ini diperlukan karena mengingat banyaknya obat yang beredar dengan harga yang sangat variatif.
- b. Diberlakukannya konsep Dokter keluarga, rujukan dan wilayah dalam pelayanan kesehatan. Konsep ini telah memberi dampak menurunnya pelayanan spesialis dan rawat inap sehingga aspek pembiayaan juga menurun
- c. Diberlakukannya sistem pembiayaan prospektif (*prospective payment system*), kapitasi pada dokter keluarga/puskesmas, tarif paket harian rawat inap dan rawat jalan lanjutan sampai ke sistem kapitasi total serta DRGs (*Diagnostic Related Groups*) pada tindakan-tindakan khusus.

Tujuan managed care adalah untuk menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang optimal yang menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang optimal. Pada dasarnya konsep ini mengintegrasikan konsep pelayanan kesehatan (*delivery of care*) dan konsep pembiayaan kesehatan (*financing of healthcare*) menjadi satu sistem untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang optimal. Dengan demikian badan penyelenggara dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dengan biaya yang terkendali. ⁽¹¹⁾

Pada tahun 1992 Perusahaan Umum berubah menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan, sejalan dengan perubahan badan penyelenggara, maka kepesertaan PT Askes telah diperluas selain PNS/pensiun juga mencakup veteran dan perintis kemerdekaan sebagai peserta wajib. Disamping itu PT Askes

juga membuka peluang memperluas kepesertaan secara sukarela bagi badan usaha seperti BUMN/D, dan swasta termasuk lingkungan pendidikan

1. Tujuan Pokok Perusahaan

Tujuan perusahaan adalah turut melaksanakan dan menunjang kebijaksanaan dan program pemerintah dibidang ekonomi dan pembangunan nasional pada umumnya, serta pembangunan asuransi, khususnya asuransi kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya dan peserta lainnya serta menjalankan jaminan pemeliharaan kesehatan dengan menerapkan prinsip-prinsip perseroan terbatas.

2. Visi dan Misi Perusahaan

Dalam rencana jangka panjang perusahaan (RJPP) tahun 2004 – 2008, visi dan misi PT Askes (Persero) sebagai berikut: ⁽²⁾

a) Visi

Menjadi perusahaan spesialis asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan dan *market leader* di Indonesia

Yang dimaksud dengan spesialis adalah hanya melakukan usaha dalam bidang asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) dan menyelenggarakan usaha asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan secara professional dan selalu memberikan pelayanan yang bermutu bagi pelanggan.

Sebagai marker leader, perusahaan dapat menguasai pangsa pasar 20 % dari potensi pasar dalam 5 tahun kedepan dan menjadi pusat pembelajaran di bidang asuransi kesehatan bagi pihak lain (*center of excellence*)

b) Misi

Turut membantu pemerintah di bidang kesehatan, dengan :

- Menyelenggarakan JPK yang bersifat sosial berdasarkan sistem *managed care* untuk kemanfaatan maksimum bagi peserta askes
- Menyelenggarakan askes yang bersifat komersial bagi masyarakat berpenghasilan tetap terutama kelompok menengah ke atas berdasarkan sistem *managed care* dan *indemnity* untuk kemanfaatan *stake holders*

Lebih lanjut misi tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

Perusahaan bergerak dibidang kesehatan sesuai dengan penugasan oleh pemerintah dalam Peraturan Pemerintah Nomor 69 tahun 1991

Perusahaan pada dasarnya menyelenggarakan dua program yaitu jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat sosial dan asuransi kesehatan yang bersifat komersial.

3. Strategi Korporasi Perusahaan

Strategi Korporat adalah sebagai berikut : ⁽²⁾

- a. Mengupayakan perolehan *return on invesment* (*ROI*) semaksimal mungkin melalui perolehan laba/rugi operasi yang maksimal dengan melakukan *revenue growth strategy*, *invesment strategy* dan *productivity strategy*
- b. Meningkatkan kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) melalui peningkatan pelayanan kesehatan askes sosial dan komersial serta peningkatan pelayanan administrasi dan informasi
- c. Melaksanakan proses internal bisnis yang baik guna mendukung peningkatan ROI dan kepuasan pelanggan melalui inovasi yang terus

menerus (*building franchise/innovation*), prosedur pelayanan prima (increase value and customer management), prosedur operasional prima (*achieve operational excellence*) dan membantu lingkungan sekitar perusahaan (*be a good neighbor*)

- d. Meningkatkan motivasi pegawai (*a motivated and prepared workforce*) melalui peningkatan kepuasan pegawai (*climate for action/employee satisfaction orientation*), peningkatan kompetensi (*competencies/futures orientation*) dan penerapan sistem informasi manajemen untuk menunjang operasional perusahaan (*information technology/future orientation*)

PT Askes (Persero) adalah BUMN yang menyelenggarakan asuransi kesehatan kepada masyarakat yang kepesertaannya terbagi menjadi dua yaitu peserta wajib dan peserta sukarela. Peserta wajib terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, penerima Pensiun Sipil dan TNI/Polri, Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Sedangkan peserta sukarela didasarkan pada kesediaan Badan Usaha untuk menjadi peserta Askes yang dituangkan dalam bentuk perjanjian Kerja Sama (PKS).

Dalam sistem pelayanannya, peserta akses sosial maupun komersial secara prinsip tidak ada perbedaan , yang membedakan adalah jaringan PPK dimana untuk peserta akses sosial PPK RJTP adalah Puskesmas dengan PPK lanjutan yang utama adalah RS pemerintah. Sedangkan PPK RJTP peserta akses komersial adalah dokter keluarga dengan PPK lanjutan yang utama adalah RS swasta dengan jangkauan bisa internasional, nasional, regional maupun lokal tergantung produk kesepakatan. ^(12)

Dengan telah diundangkannya UU Nomor 40 tahun 2004, maka kedepan program asuransi kesehatan yang akan dilaksanakan di Indonesia adalah program asuransi kesehatan sosial yang kepesertaannya mencakup seluruh rakyat Indonesia dan bersifat wajib.

Struktur organisasi PT Askes sesuai dengan Keputusan Direksi No. 95/Kep/0404 tentang organisasi dan tata kerja, dinyatakan bahwa perusahaan berkedudukan dan berkantor pusat di Jakarta, PT Askes (Persero) Regional, PT Askes (Persero) Cabang, PT Askes (Persero) Kabupaten/Kota di wilayah Republik Indonesia. ⁽⁴⁾

Sesuai dengan keputusan Direksi PT Askes (Persero) No. 101/Kep/0404, PT Askes (Persero) telah menetapkan indikator penilaian kinerja (IPK) untuk digunakan dalam mengukur pencapaian kinerja perusahaan, indikator penilaian kinerja ini digunakan sebagai pedoman dalam mengukur kinerja di setiap fungsi di Kantor Pusat, Regional dan Cabang. ⁽¹³⁾

Tabel 2.1.

Teknik Perhitungan Indikator Penilaian Kinerja Dalam Kerangka Balanced Scorecard

1. Perspektif Keuangan :

Variabel/ item	Indikator/Target	Cara Menghitung
<i>Return on investment (ROI)</i>	Realisasi biaya pelkes : 100 %	$\frac{\text{Realisasi biaya pelkes}}{\text{biaya yankes}} \times 100 \% \text{ Target}$
	LOS Cabang =< LOS Regional	$\frac{\text{Jumlah hari rawat Kasus}}{\text{Jumlah kasus}}$
	Unit cost per RS	$\frac{\text{Realisasi biaya Ranap}}{\text{Jumlah kasus}}$
	Unit cost obat per jenis pelayanan (RJI)	$\frac{\text{Realisasi biaya obat RJI}}{\text{Jumlah kasus RJI}}$
	Unit cost obat per jenis pelayanan (RI)	$\frac{\text{Realisasi biaya obat RI}}{\text{Jumlah kasus RI}}$

2. Perspektif Pelanggan

Variabel/ item	Indikator/Target	Cara Menghitung
Tingkat kepuasan peserta	<i>Customer satisfaction</i> survey minimal 85 %	Hasil survey kepuasan peserta askes sosial menunjukkan minimal sesuai target.
	Jumlah RS yang melaksanakan PPATRS 100%	$\frac{\text{RS dengan PPATRS}}{\text{Total Rumah Sakit}} \times 100 \%$
	Jumlah keluhan peserta maksimal 100 per 1 juta populasi	$\frac{\text{Jumlah keluhan}}{\text{Jumlah peserta}} \times 100 \%$
	Pelaksanaan Forum Komunikasi dan konsultasi	Frekwensi pertemuan minimal 4 kali
	Pelaksanaan SPNM	Penyelesaian dan Pembayaran tagihan < 3000 kasus maksimal 7 hari, dan kelipatan seterusnya
Penerbitan Kartu Peserta	Kartu peserta terbit minimal 90 %	Penerbitan kartu peserta askes sesuai target
Penulisan Resep non DPHO dan pelaksanaan OUDD/ di RS	Penulisan Obat diluar DPHO maksimal 17 %	$\frac{\text{Resep obat non DPHO}}{\text{Jumlah resep}} \times 100 \%$
	Jumlah RS yang melaksanakan OUDD	Cakupan RS yang melaksanakan OUDD RI minimal 50% pada RS kelas B, 25 % pada RS kelas C

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Variabel/ item	Indikator/Target	Cara Menghitung
Penyusunan RKA KC	RKA KC selesai 100 % pada tanggal 31 Oktober 2004	Penyusunan RKA KC, maksimal tanggal 31 Oktober 2004
Laporan manajemen	Laporan Manajemen selesai 28 Februari 2005	Penyusunan Laporan Manajemen maksimal tanggal 28 Februari 2005
Penilaian kinerja	Penilaian indikator penilaian kinerja selesai 31 Januari 2005	Penilaian indikator penilaian kinerja selesai 100 % maksimal 31 Januari 2005
Implementasi Sistem manajemen mutu	Pemeliharaan SMM	Melaksanakan Audit internal 2 kali dan tinjauan manajemen 2 kali

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Variabel/ item	No	Indikator/Target	Cara Menghitung
Produktivitas pegawai	1	Produktivitas pegawai meningkat minimal 5 % pertahun	$\frac{\text{Premi (t)} - \text{Premi (t-1)}}{\text{Pegawai (t)} - \text{Pegawai (t-1)}}$
Sistem Informasi Manajemen	1	Kesesuaian biaya pelayanan & keuangan	Tidak ada selisih biaya antara biaya pelayanan dengan tagihan
	2	Pelaksanaan UR	UR minimal 2 kali setahun

Upaya-upaya pencapaian kinerja yang dilakukan oleh PT Askes (Persero) antara lain : ⁽¹⁸⁾

a. Pembinaan Peserta

Pembinaan peserta dilaksanakan melalui berbagai kegiatan antara lain dengan program penyuluhan yang dilakukan melalui pemberian informasi langsung dan tidak langsung. Tujuan kegiatan ini adalah untuk meningkatkan pemahaman peserta akan hak dan kewajiban sebagai peserta disamping didapatnya informasi yang berkaitan dengan peningkatan pelayanan, yang dikelompokkan dalam :

- 1) Penanganan Keluhan yang terkait dengan informasi, dimana telah disediakan pada setiap Kantor Cabang sarana *Hot Line Service*, dengan tujuan agar dapat memberikan informasi secara langsung dan dapat menangani keluhan dengan segera terutama diluar jam kerja, disamping telepon bebas pulsa pada Regional.
- 2) Penyuluhan melalui media cetak dan elektronik, yaitu penerbitan buku saku peserta wajib yang memuat hak dan kewajiban serta prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan

- 3) Kegiatan Humas, yaitu memberikan pelayanan informasi kepada peserta, calon peserta maupun mitra kerja baik melalui telepon atau yang datang langsung dengan memberikan leaflet/brosur. Pemasangan iklan pada beberapa surat kabar, majalah dan penerbitan buku oleh instansi terkait.

b. Pelayanan Kesehatan

Dalam upaya meningkatkan pelayanan kepada peserta wajib dilakukan kegiatan sebagai berikut :

- 1) Dilakukan penyesuaian tarif pada pemberi pelayanan kesehatan Pemerintah untuk rawat jalan tingkat pertama di puskesmas, rawat jalan lanjutan dan rawat inap di Rumah Sakit
- 2) Penerbitan Daftar dan Plafon Harga obat (DPHO) edisi terbaru
- 3) Dalam rangka meningkatkan kepuasan pelayanan obat rawat inap, telah dilaksanakan program OUDD/ODDD yaitu pemberian obat rawat inap oleh petugas rumah sakit per hari rawat
- 4) Sosialisasi DPHO, merupakan upaya menurunkan keluhan pelayanan obat terutama akibat penulisan resep obat non-DPHO kepada Rumah Sakit, Dokter spesialis.
- 5) Program Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS)
PPATRS merupakan wujud pelayanan prima bagi peserta yang mendapat pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, diwujudkan dengan penempatan karyawan PT Askes di Rumah Sakit yang mempunyai fungsi :
 - a) Pusat layanan administrasi, melalui petugas PT Askes yang ada di Rumah sakit, maka kebutuhan pelayanan administrasi peserta di Rumah Sakit dapat diselesaikan ditempat

- b) Pusat layanan informasi, yaitu petugas dapat memberikan informasi yang lengkap sesuai dengan kebutuhan baik peserta maupun provider (RS)
- c) Pengendalian, yaitu dapat diminimalisasinya berbagai penyimpangan dan penyalahgunaan pelayanan (fraud dan abuse) yang terjadi di Rumah Sakit
- d) Kemitraan, PT Askes dan Rumah Sakit secara nyata bermitra dan berkoordinasi, saling mendukung dan saling membantu dalam memberikan pelayanan kepada peserta dan mempercepat penyelesaian administrasi kalim Rumah Sakit.

6) Standar Pelayanan Non-Medis (SPNM)

SPNM merupakan ukuran waktu penyelesaian dan pembayaran tagihan dari pemberi pelayanan kesehatan dan peserta wajib serta pelayanan administrasi lainnya meliputi :

- a) Standar waktu penyelesaian dan pembayaran klaim rawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap dari rumah sakit berdasarkan jumlah kunjungan.
- b) Standar waktu penyelesaian dan pembayaran klaim dari apotek dan optik untuk pelayanan peserta berdasarkan jumlah resep untuk apotek dan jumlah kasus untuk optikal.
- c) Standar waktu penyelesaian dan pemberian legalisasi resep dan jaminan pelayanan bagi peserta
- d) Standar waktu penyelesaian dan penerbitan kartu peserta wajib

C. Manajemen Strategis

Menurut Igor Ansof, rumusan tentang strategis dalam bisnis adalah sebuah upaya yang jika dilihat dari sudut pengambilan keputusan maka seluruh persoalan organisasi mencakup menyusun dan mengarahkan berbagai sumber daya hingga optimum untuk menuju tujuan organisasi. Tantangan terbesar bagi keberhasilan atau kegagalan organisasi untuk mencapai tujuannya adalah perubahan. Banyak manajer organisasi yang berhasil atau gagal dalam menjalankan organisasi karena mampu atau tidak mampu dalam mengelola perubahan ⁽¹⁴⁾

Jauch dan Glueck mendefinisikan strategi adalah rencana yang disatukan menyeluruh dan terpadu yang mengaitkan keunggulan strategi perusahaan dengan tantangan lingkungan dan yang akan dirancang untuk memastikan bahwa tujuan utama perusahaan dapat dicapai melalui pelaksanaan yang tepat oleh perusahaan. ⁽¹⁴⁾

Berdasarkan definisi tentang strategi dan faktor faktor yang mempengaruhi strategi, maka manajemen strategis dapat didefinisikan sebagai suatu proses dimana manajemen puncak (top manajemen) menentukan arah jangka panjang dan kinerja atau prestasi organisasi melalui formulasi yang cermat, implementasi yang tepat dan evaluasi yang terus menerus atas strategi yang telah ditetapkan. Sedang Jauch dan Glueck mendefinisikan manajemen strategis adalah sejumlah keputusan dan tindakan yang mengarah pada penyusunan suatu strategi atau sejumlah strategi yang efektif untuk membantu mencapai sasaran perusahaan./organisasi ⁽¹⁴⁾

1. Misi, Visi dan Sasaran Strategis

a. Misi Organisasi.

Misi perusahaan merupakan tujuan atau filosofi dasar yang membedakan suatu perusahaan dengan perusahaan lainya yang meliputi tipe dan lingkup operasinya, baik dalam lingkup produk atau pilihan bidang usaha maupun lingkup pasar. Peter F Drucker mendefinisikan misi sebagai suatu gambaran tentang alasan mengapa suatu perusahaan atau organisasi itu ada (eksis), yang berarti perusahaan harus perlu merumuskan misi.⁽¹⁴⁾

Perumusan misi biasanya mencakup deskripsi tentang produk atau jasa dasar yang ditawarkan, definisi tentang pasar atau kelompok pelanggan yang akan dilayani, definisi tentang fungsi yang dilaksanakan dan atau teknologi yang digunakan dalam proses produksi dan penyampaian produk/jasa, definisi tentang tujuan perusahaan, citra publik perusahaan serta definisi tentang konsep diri organisasi /perusahaan.⁽¹⁴⁾

b) Visi organisasi ⁽²⁵⁾

Pada dasarnya organisasi/perusahaan dibangun untuk menciptakan perubahan-perubahan dalam pertambahan kemakmuran baik yang bersifat material atau imaterial, oleh karena itu visi suatu organisasi pada dasarnya adalah menjadikan organisasi itu sebagai suatu institusi atau lembaga penciptaan kemakmuran.

Visi adalah gambaran kondisi yang akan diwujudkan oleh organisasi/perusahaan dimasa mendatang. Visi biasanya dinyatakan dalam suatu pernyataan yang terdiri dari satu atau beberapa kalimat singkat. Untuk mewujudkan kondisi yang digambarkan dalam visi, perusahaan/organisasi perlu merumuskan strategi. Dalam proses perumusan atau formulasi perencanaan

strategis, misi ini kemudian dijabarkan dalam sasaran-sasaran strategis dengan ukuran-ukuran atau standar pencapaiannya.

c) Sasaran Strategis ⁽²⁵⁾

Misi dan visi memberikan suatu kerangka dasar bagi aktivitas dan keputusan organisasi untuk menjawab pertanyaan :” mengapa organisasi itu ada”, serta jawaban atas pertanyaan “ ingin menjadi atau dijadikan apa organisasi itu. Pertanyaan penting lain yang juga harus dijawab adalah “ apa yang akan dicapai oleh organisasi”. Untuk menjawab pertanyaan tersebut perlu melakukan identifikasi sasaran (objectives) organisasi dan membandingkan sasaran tersebut dengan kinerja aktualnya.

Sebagaimana strategi dan misi organisasi, sasaranpun juga mempunyai tingkatan dalam suatu organisasi. Suatu hirarki didasarkan pada keluasan cakupan sasaran. Misi organisasi menjadi dasar dalam merumuskan sasaran organisasi. Tingkat tertinggi perumusan sasaran adalah sasaran organisasi atau biasanya disebut sasaran korporasi. Sasaran divisi diturunkan dari sasaran korporasi, sasaran departemen diturunkan dari sasaran divisi, sasaran unit diturunkan dari sasaran departemen, sasaran individual diturunkan dari sasaran tingkat unit dan seterusnya ^(14)

2. Formulasi sasaran ⁽¹⁴⁾

Formulasi sasaran pada setiap level atau tingkatan organisasi mencakup sekurang-kurangnya empat tahap, yaitu :

- a) Identifikasi bidang-bidang kunci hasil yang akan dicakup dalam sasaran.

Tahap yang paling tersulit dan terpenting dalam proses formulasi sasaran adalah mengidentifikasi bidang-bidang vital yang mempengaruhi keberhasilan organisasi. Bidang-bidang tersebut biasanya disebut *key*

result areas. *Key result areas* ada dalam organisasi secara keseluruhan dan pada unit-unit dalam suatu organisasi.

b) Menetapkan jangka waktu sasaran.

Sasaran dikategorikan kedalam sasaran jangka panjang atau jangka pendek tergantung pada waktu yang dicakup. Sasaran jangka pendek biasanya ditetapkan dalam tahap implementasi strategi dalam proses manajemen strategis, sedang sasaran jangka panjang biasanya mencakup keseluruhan tingkat organisasi atau korporasi.

c) Menentukan besarnya sasaran

Aspek penting yang perlu dipertimbangkan dalam menetapkan sasaran adalah sasaran tersebut harus bersifat menantang (*challenging*) dan realistis. Menetapkan sasaran yang realistis lebih penting dari sasaran-sasaran yang menantang.

d) Merumuskan sasaran secara tertulis.

Setelah mengidentifikasi *key result are*, menentukan jangka waktu sasaran, dan besarnya sasaran yang akan dicapai, maka sasaran perlu diinformasikan dalam bentuk tertulis

D. Balanced Scorecard (BSC) ⁽¹⁷⁾

Setiap perusahaan pada hakekatnya merupakan organisasi yang meniti kegiatan rutinnya bagi kepentingan semua stakeholders. Implikasinya perusahaan harus terus mencermati visi dan dampak dari setiap aktivitas yang dijalankan bagi tiap *skakeholders* tersebut.

Balanced scorecard memberikan kerangka kerja dan berpikir yang integrative bagi manajemen dan *skakeholders* lain untuk mengendalikan perubahan-perubahan secara organisasional dalam dinamika persaingan.

Ide tentang Balanced Scorecard (BSC) pertama kali dipublikasikan dalam artikel Robert S Kaplan dan David P. Norton di Harvard Business Review tahun 1992 dalam sebuah artikel yang berjudul “ *Balanced scorecard, measures that drive performance ?*”.⁽⁵⁾

Artikel tersebut merupakan laporan dari serangkaian riset dan eksperimen terhadap beberapa perusahaan di Amerika serta diskusi rutin dua bulanan dengan wakil dari berbagai bidang perusahaan sepanjang tahun itu untuk mengembangkan suatu model pengukuran kinerja. BSC dikembangkan sebagai sistem pengukuran kinerja yang memungkinkan para manajemen memandang perusahaan dari berbagai perspektif secara simultan.

Scorecard terdiri atas tolok ukur keuangan yang menunjukkan hasil dari tindakan yang diambil sebagaimana ditunjukkan pada tiga perspektif tolok ukur operasional lainnya; yaitu kepuasan pelanggan, proses internal, kemampuan berorganisasi untuk belajar dan melakukan perbaikan.

Membuat suatu BSC harus dimulai dari penerjemahan strategi dan misi perusahaan kedalam sasaran dan tolok ukur yang spesifik, dalam perkembangannya BSC kemudian dikembangkan untuk menghubungkan tolok ukur bisnis dengan strategis perusahaan. Norton dan Kaplan menjelaskan pentingnya memilih tolok ukur berdasarkan keberhasilan strategis dalam artikel kedua Harvard Business Review, “ *Putting the Balanced Scorecard to Work* “⁽⁵⁾

Balanced Scorecard merupakan sistem manajemen yang dapat memotivasi berbagai temuan perbaikan pada area-area seperti produk, proses pelanggan dan pengembangan produk.

Mulai pertengahan tahun 1993, perusahaan konsultan yang dipimpin oleh David P. Norton, *Renaissance Solution, Inc.* menerapkan *Balanced scorecard* sebagai sarana untuk menerjemahkan dan mengimplementasikan strategi diberbagai perusahaan. Sejak saat itu BSC tidak saja digunakan sebagai sistem pengukuran kinerja namun berkembang lebih jauh lanjut sebagai sistem manajemen strategis. ⁽⁵⁾

Balanced scorecard mendidik manajemen dan organisasi pada umumnya untuk memandang empat perspektif : keuangan, pelanggan, pembelajaran dan pertumbuhan, serta bisnis internal yang menghubungkan pengendalian operasional jangka pendek kedalam visi dan strategi bisnis jangka panjang. Selanjutnya manajemen didorong untuk menfokuskan diri pada rasio-rasio kunci yang kritis dan strategis melalui target yang telah ditetapkan bersama. Rasio-rasio kunci itulah yang kemudian menjadi unik ketika BSC membuat menu berupa scorecard untuk menggabungkan antara tolok ukur rasio kunci keuangan dan non-keuangan membentuk jalinan strategis yang koheren

1. Pengertian Balanced Scorecard

Menurut Kaplan dan Norton (1996) ,*Balanced Scorecard* merupakan ⁽⁵⁾

“.....a set of measures that gives top managers a fast but comprehensive view of the business..... includes financial measures that tell the results of actions already takencomplements the financial measures with operational measures on customer satisfaction,internal processes, and the organizations innovation and improvement activities operational measures that are the drivers of future financial performance.” ?”.

Sementara Anthony, Banker, Kaplan, dan Young (1997) mendefinisikan *Balanced Scorecard* sebagai : “ *a measurement and management system that*

views a business units performance from four perspectives : financial, customer, internal business process, and learning and growth”⁽⁵⁾

Balanced Scorecard (BSC) juga memberikan kerangka berpikir untuk menjabarkan strategi perusahaan kedalam segi operasional. Sebelum BSC diimplementasikan, pada saat penyusunan (building), terlebih dahulu dijabarkan dengan jelas visi, misi dan strategi perusahaan dari top management perusahaan karena hal ini menentukan proses berikutnya berupa transaksi strategis kegiatan operasional.

2. Balanced Scorecard sebagai sistem manajemen strategis

Blocher, Chen dan Lin (1999) mendefinisikan manajemen strategis sebagai

“ the development of a sustainable competitive position in which the firms competitive provides continued success” Definisi yang lebih formal dapat ditemukan dari definisi Pierce dan Robinson (1997) yang menyatakan bahwa manajemen strategis pada dasarnya adalah “ the set of decision and actions that result in the formulation and implementatition of plan designed to achive a companys objectives. ?” .⁽⁵⁾

Manajemen strategis biasanya dihubungkan dengan pendekatan manajemen yang integrative yang mengedepankan secara bersama-sama seluruh elemen, seperti *planning, implementing dan controlling* sebuah strategis bisnis.

3. Hubungan Balanced corecard dengan Visi, Misi dan strategi Perusahaan ⁽²⁾

a) *Cause and Effect Relationships*

Prinsip ini sangat penting bagi BSC karena prinsip inilah yang membedakan BSC dengan konsep-konsep yang lain. Dengan prinsip ini BSC mampu menjabarkan tujuan dan pengukuran masing-masing perspektif dengan baik dalam satu kesatuan yang padu. Menurut Kaplan dan Norton sebuah strategi adalah seperangkat hipotesis dalam model hubungan *cause*

dan effect yaitu suatu hubungan yang yang dapat diekspresikan melalui kaitan antara pernyataan if-then.

b) *Performance Drivers*

Sebuah BSC yang baik harus memiliki bauran hasil (*lagging indicators*) yang memadai dan pemicu kinerja (*leading indicators*). Outcomes (*lagging indicators*) mencerminkan tujuan umum dari berbagai strategi yang dimiliki oleh kebanyakan perusahaan, seperti *profitability*, *market share* dan sebagainya, sedangkan performance drivers (*leading indicators*) mencerminkan keunikan strategi unit bisnis.

c) *Linkage to Financials*

Keberhasilan perusahaan dalam pencapaian berbagai tujuan seperti kualitas, kepuasan pelanggan , inovasi dan pemberdayaan karyawan tidak akan memberikan perbaikan terhadap perusahaan apabila hal tersebut hanya dianggap sebagai tujuan akhir, karena semua pengukuran yang berkaitan dengan pencapaian tujuan harus dikaitkan dengan tujuan keuangan.

4. Balanced Scorecard dan Sistem Pengukuran Kinerja ⁽¹⁴⁾

Definisi system pengukuran kinerja adalah sebagai berikut :

“ feedback from the accountant to management that provides information about how well the action represent the plan; it also identifies where managers may need to make cooection or adjustments in future planning and controlling activities”

Sementara itu, Anthony, Banker, Kaplan dan Young (1997) mendefinisikan pengukuran kinerja sebagai “ *the activity of measuring the the performance of an activity or the entire value chain*”^(15)

Dari definisi-definisi diatas dapat disimpulkan bahwa pengukuran kinerja adalah tindakan pengukuran yang dilakukan terhadap berbagai aktivitas dalam

rantai nilai yang ada pada perusahaan. Hasil pengukuran tersebut kemudian digunakan sebagai umpan balik yang akan memberikan informasi tentang prestasi pelaksanaan suatu rencana dan titik dimana perusahaan memerlukan penyesuaian-penyesuaian atas aktifitas perencanaan dan pengendalian.

5. Persyaratan Sistem dan Manfaat Pengukuran Kinerja ⁽¹⁵⁾

Dengan munculnya berbagai paradigma baru dimana bisnis harus digerakkan oleh *customer focused*, suatu sistem pengukuran kinerja yang efektif, paling tidak harus memiliki syarat-syarat sebagai berikut :

- a) Didasarkan pada masing-masing aktivitas dan karakteristik organisasi itu sendiri sesuai perspektif pelanggan
- b) Evaluasi atas berbagai aktivitas, menggunakan ukuran-ukuran kinerja yang *customer validated*.
- c) Sesuai dengan seluruh aspek kinerja aktivitas yang mempengaruhi pelanggan, sehingga menghasilkan penilaian yang komprehensif
- d) Memberikan umpan balik untuk membantu seluruh anggota organisasi mengenali masalah-masalah yang ada kemungkinan perbaikan.

Menurut Lynch dan Cross (1993) manfaat sistem pengukuran kinerja yang baik adalah sebagai berikut:

- a. Menelusuri kinerja terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa perusahaan lebih dekat pada pelanggannya dan membuat seluruh orang dalam organisasi terlibat dalam upaya memberi kepuasan kepada pelanggan
- b. Memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai bagian dari mata rantai pelanggan dan pemasok internal.
- c. Mengidentifikasi berbagai pemborosan sekaligus mendorong upaya-upaya pengurangan terhadap pemborosan (reduction of waste)
- d. Membuat suatu tujuan strategis yang biasanya masih kabur menjadi lebih konkret sehingga mempercepat proses pembelajaran organisasi
- e. Membangun konsensus untuk melakukan suatu perubahan dengan memberi *reward* atas perilaku yang diharapkan.

6. Aspek aspek yang diukur dalam BSC

a) Perspektif Keuangan ⁽⁵⁾

Secara tradisional , laporan keuangan merupakan indikator histories agregatif yang merefleksikan akibat dari implementasi dan eksekusi strategi dalam satu periode

Pengukuran kinerja keuangan akan menunjukkan apakah perencanaan dan pelaksanaan strategi memberikan perbaikan yang mendasar bagi keuntungan perusahaan. Perbaikan-perbaikan ini tercermin dalam sasaran-sasaran yang secara khusus berhubungan dengan keuntungan yang terukur, pertumbuhan usaha, dan nilai pemegang saham.

Pengukuran kinerja keuangan mempertimbangkan adanya tahapan dari siklus kehidupan bisnis yaitu: growth, sustain, dan harvest. Tiap tahapan memiliki sasaran yang berbeda, sehingga penekanan pengukurannyapun berbeda pula.

Growth adalah tahapan awal siklus kehidupan perusahaan dimana perusahaan memiliki produk atau jasa yang secara signifikan memiliki potensi pertumbuhan terbaik.

Sustain adalah tahapan kedua dimana perusahaan masih melakukan investasi dan reinvestasi dengan mengisyaratkan tingkat pengembalian terbaik.

Harvest adalah tahapan ketiga dimana perusahaan benar – benar menuai hasil investasi ditahap-tahap sebelumnya.

b) Perspektif Pelanggan ⁽⁵⁾

Filosofi manajemen terkini telah menunjukkan peningkatan pengakuan atas pentingnya *customer focus dan customer satisfaction*. Perspektif ini merupakan *leading indicator*. Jadi jika pelanggan tidak puas mereka akan mencari produsen

lain yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Kinerja yang buruk dari perspektif ini akan menurunkan jumlah pelanggan dimasa depan meskipun saat ini kinerja keuangan terlihat baik.

Perspektif pelanggan memiliki dua kelompok pengukuran yaitu *customer core measurement and customer value propositions* ^(25)

1) *Customer core measurement*

Customer core measurement memiliki beberapa komponen pengukuran yaitu : *market share, customer retention, customer acquisition, customer satisfaction, dan customer profitability.*

Market share, adalah pengukuran yang mencerminkan bagian yang dikuasai perusahaan atas keseluruhan pasar yang ada, yang meliputi antara lain : jumlah pelanggan, jumlah penjualan, dan volume unit penjualan.

Customer retention, mengukur tingkat dimana perusahaan dapat mempertahankan hubungan dengan konsumen

Customer acquisition, mengukur tingkat dimana suatu unit bisnis mampu menarik pelanggan baru atau memenangkan bisnis baru

Customer satisfaction : menaksir tingkat kepuasan pelanggan terkait dengan kriteria kinerja spesifik dalam value proposition

Customer profitability : mengukur laba bersih dari seorang pelanggan atau segmen setelah dikurangi biaya yang khusus diperlukan untuk mendukung pelanggan tersebut.

2) Customer value proposition

Customer value proposition merupakan pemicu kinerja yang terdapat pada core value proposition yang didasarkan pada atribut *product/service attributes*, *customer relationship* dan *image and relationship*

Product/service attributes, meliputi fungsi dari produk atau jasa, harga, dan kualitas. Pelanggan memiliki preferensi yang berbeda-beda atas produk yang ditawarkan, ada yang mengutamakan fungsi dari produk, kualitas atau harga yang murah.

Customer relationship, menyangkut perasaan pelanggan terhadap proses pembelian produk yang ditawarkan

Image and relationship, menggambarkan factor-faktor intangible yang menarik seorang konsumen untuk berhubungan dengan perusahaan.

Pelanggan PT Askes (Persero) adalah semua individu dan institusi yang berhubungan dengan penyelenggaraan usaha PT Askes (Persero). Yang menjadi pelanggan utama PT Askes (Persero) adalah peserta askes (individu, kelompok, badan usaha) dan pemberi pelayanan kesehatan/PPK yaitu puskesmas, dokter keluarga, dokter gigi, rumah sakit, apotek dan optikal) ⁽²²⁾

Program yang dikelola oleh PT Askes (Persero) adalah jasa jaminan pemeliharaan kesehatan. Salah satu karakteristik usaha dalam program ini adalah bahwa kunci keberhasilan usaha terletak pada bagaimana organisasi tersebut dapat memberi kepuasan kepada pelanggannya.

c) Perspektif Proses Bisnis Internal ⁽⁵⁾

Analisis proses bisnis internal perusahaan dilakukan dengan menggunakan *analisis value chain*. Disini manajemen mengidentifikasi proses internal bisnis

yang kritis yang harus diunggulkan perusahaan. *Scorecard* dalam perspektif ini memungkinkan manajer untuk mengetahui seberapa baik bisnis mereka berjalan dan apakah produk atau jasa mereka sesuai dengan spesifikasi pelanggan.

Kaplan dan Norton (1996) membagi proses bisnis internal kedalam : inovasi, operasi, dan layanan purna jual.

1) *Proses inovasi*

Dalam proses ini unit bisnis menggali pemahaman tentang kebutuhan laten dari pelanggan dan penciptaan produk dan jasa yang mereka butuhkan.

2) *Proses operasi*

Proses Operasi adalah proses untuk membuat dan menyampaikan produk/jasa. Aktivitas didalam proses operasi terbagi kedalam dua bagian : pertama proses pembuatan produk dan kedua proses penyampaian produk kepada pelanggan. Pengukuran kinerja yang terkait dalam proses operasi dikelompokkan pada waktu, kualitas dan biaya.

3) *Proses pelayanan purna jual*

Proses ini merupakan jasa pelayanan pada pelanggan setelah penjualan produk /jasa tersebut dilakukan. Aktivitas yang terjadi dalam tahapan ini adalah penanganan atas barang yang rusak dan yang dikembalikan serta pemrosesan pembayaran pelanggan. Perusahaan dapat mengukur apakah upayanya dalam pelayanan purna jual telah memenuhi harapan pelanggan dengan menggunakan tolok ukur yang bersifat kualitas, biaya dan waktu seperti yang dilakukan pada proses operasi.

d) *Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan*⁽⁵⁾

Proses pembelajaran dan pertumbuhan ini bersumber dari faktor sumber daya manusia, sistem dan prosedur organisasi. Termasuk dalam perspektif ini

adalah pelatihan pegawai dan budaya perusahaan yang berhubungan dengan perbaikan individu dan organisasi.

Hasil dari pengukuran kinerja perspektif sebelumnya biasanya akan menunjukkan kesenjangan yang besar antara kemampuan orang, sistem dan prosedur yang ada saat ini dengan yang dibutuhkan untuk mencapai kinerja yang diinginkan. Menurut Kaplan dan Norton “ *learning*” lebih dari sekedar “*training*” karena pembelajaran meliputi pula proses *mentoring dan tutoring*. Dalam perspektif ini perusahaan melihat tolok ukur *employee capabilities, information system capabilities dan motivation, empowerment and alignment*

7. *Balanced Scorecard* sebagai sistem Pengendalian Strategis⁽¹⁴⁾

Pengendalian (*control*) merupakan salah satu fungsi manajemen yang menempati posisi kritis dalam menentukan keberhasilan suatu organisasi. Menurut Anthony dan Vijay (2000) “ *management control is the process by which managers influence other members of the organization to implement the organizations strategies*”^(17)

Kenneth A Merchant membagi obyek pengendalian dalam tiga jenis sebagaimana yang disitir dari pendapat W.Ouchi (1979) yaitu : *action control, results control dan personell/culture control*.^(17)

Action control adalah bentuk pengendalian untuk menjamin bahwa setiap pegawai melakukan atau tidak melakukan aktivitas tertentu yang dianggap bermanfaat atau tidak bermanfaat bagi organisasi.

Result control adalah pengendalian yang lebih menekankan pada hasil akhir dengan mengesampingkan melalui tindakan apa sesuatu itu diperoleh.

Personell /culture control adalah bentuk pengendalian yang mengandalkan pada kendali perilaku pegawai atau pengendalian sesama pegawai sesuai nilai-

nilai, norma-norma atau budaya yang telah ada yang ingin diciptakan dalam organisasi.

Kombinasi dari berbagai jenis informasi tersebut itulah yang kemudian digunakan untuk mendesain sistem pengukuran kinerja (*performance measurement system*). Menurut Merchant, meskipun dalam paradigma *management control system* yang baru, pengukuran kinerja bukan lagi dianggap sebagai fokus utama suatu sistem pengendalian (*a feedback single loop*) namun ia merupakan bagian integral dan terpenting dari *result control*

E. Kepuasan Pelayanan

Kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) merupakan tujuan akhir dari setiap organisasi . Kepuasan pelanggan diyakini mampu menciptakan pelanggan loyal serta citra organisasi yang *excellence*. Perubahan lingkungan yang begitu cepat membawa dampak perubahan perilaku pelanggan secara cepat, oleh karena itu organisasi harus tanggap dengan selalu memperbaiki kinerja pelayanan pelanggan melalui deteksi dini ketidakpuasan pelanggan (*customer dissatisfaction*).

Kualitas pelayanan merupakan *driver* dari kepuasan pelanggan yang bersifat multidimensi, untuk mengetahui dimensi manakah yang penting dalam mempengaruhi kepuasan pelanggan, konsep *Serqual* telah dikembangkan oleh *Parasuraman, Berry dan Zeithaml*. *Serqual* adalah konsep yang paling banyak digunakan oleh pelaku bisnis di dunia yang berkecimpung dalam hal pelayanan pelanggan. Konsep ini memformulasikan 5 dimensi yaitu dimensi *Tangible, Reliability, Responsiveness, Assurance dan Empathi*⁽⁶⁾

1. Dimensi *Tangible* (wujud/tampilan) , adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa wujud/tampilan meliputi fisik, perlengkapan, penampilan karyawan, dan peralatan komunikasi. *Service* tidak dapat dilihat, tidak bisa dicium dan tidak bisa diraba, maka aspek *tangible* menjadi penting sebagai ukuran terhadap pelayanan. Pelanggan akan menggunakan indra penglihatan untuk menilai suatu kualitas pelayanan.
2. Dimensi *Reliability* (Keandalan) adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa kemampuan untuk memberikan pelayanan yang optimal dan akurat meliputi: kecepatan pelayanan, ketepatan pelayanan dan kelancaran pelayanan. Dimensi ini sering dipersepsi dimensi paling penting bagi pelanggan industri jasa. Hasil penelitian frontir marketing & research consultant tahun 1992, menunjukkan sekitar 60% keluhan pelanggan berasal dari ketidakpuasan terhadap organisasi yang berhubungan dengan dimensi *reliability*.⁽⁶⁾
3. Dimensi *Responsiveness*, (Ketanggapan) adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa kemauan pihak pemberi pelayanan untuk memberikan informasi dan membantu merespon kebutuhan atau keinginan konsumen dengan segera. Dimensi ini dinamis dimana harapan pelanggan terhadap kecepatan pelayanan akan ada kecenderungan naik dari waktu ke waktu. Kepuasan terhadap dimensi ini adalah berdasarkan persepsi bukan aktual, karena persepsi mengandung aspek psikologis, maka faktor komunikasi dan situasi fisik disekeliling pelanggan yang menerima pelayanan merupakan hal yang penting dalam mempengaruhi penilaian pelanggan.
4. Dimensi *Assurance*, (jaminan) adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa adanya jaminan yang mencakup pengetahuan dan ketrampilan petugas, kesopanan dan keramahan petugas, kemampuan petugas dalam

berkomunikasi, sifat dapat dipercaya dan adanya jaminan keamanan. Dimensi ini berhubungan dengan kemampuan organisasi dan perilaku *front-line staf* dalam menanamkan rasa percaya dan keyakinan kepada para pelanggannya.

5. Dimensi *Empathi*, adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa pemberian perhatian yang sungguh-sungguh dari pemberi pelayanan kepada konsumen secara individual. Dimensi ini sesuai dengan teori perkembangan/tingkat kebutuhan manusia dari Maslow. Pada tingkat semakin tinggi, kebutuhan manusia tidak lagi dengan hal-hal yang primer, setelah kebutuhan fisik, keamanan dan sosial terpenuhi, maka dua kebutuhan lagi akan dikejar manusia yaitu kebutuhan ego dan aktualisasi.

F. Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan untuk menilai apakah suatu program telah atau dapat dilaksanakan sesuai rencana serta mengidentifikasi masalah masalah yang mempengaruhi keberhasilan program tersebut

Menurut Reinke (1994), evaluasi bukan hanya suatu alat pembanding sebelum dan sesudah program dilaksanakan, tetapi lebih jauh lagi yaitu sebagai analisis komparatif dari pencapaian yang diukur dalam hubungannya dengan rencana tujuan⁽¹⁸⁾

Evaluasi terhadap perspektif pelanggan dalam kerangka *balanced scorecard* menunjukkan adanya pengakuan atas pentingnya *customer focus* dan *customer satisfaction*. Perspektif ini merupakan *leading indicator*. Jadi jika pelanggan tidak puas mereka akan mencari produsen lain yang sesuai dengan

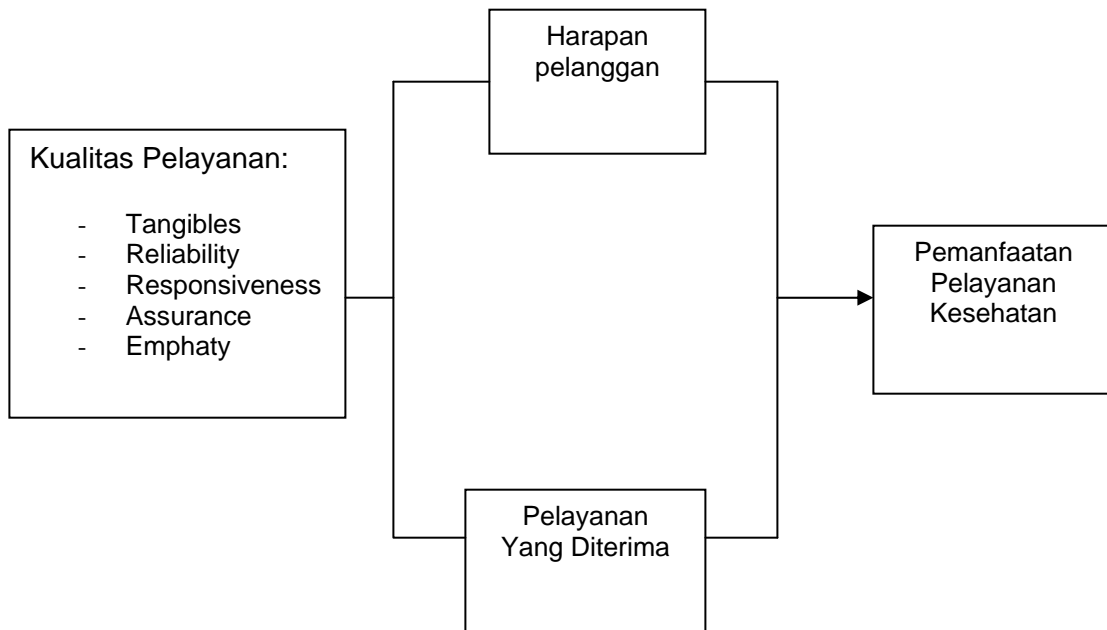
kebutuhan mereka. Kinerja yang buruk dari perspektif ini akan menurunkan jumlah pelanggan dimasa depan meskipun saat ini kinerja keuangan terlihat baik.

Evaluasi dimulai pada taraf perencanaan yaitu dengan menilai berbagai alternative tindakan, kemudian pada proses penerapannya dengan terus menerus memonitor kemajuan. Evaluasi harus berwawasan kedepan, dimana keberhasilan program harus ditonjolkan untuk ditiru ditempat lain, serta kegagalan diidentifikasi agar jangan terulang lagi.

Menurut WHO (1994) evaluasi program pada bidang kesehatan merupakan bagian dari proses manajerial pembangunan kesehatan nasional yang lebih luas. Proses ini meliputi suatu rangkaian kegiatan yang saling berkaitan sejak rumusan kebijaksanaan, penyusunan program, penganggaran, pelaksanaan, serta pembuatan program kembali bila perlu, yang semuanya memerlukan dukungan informasi secara menyeluruh. ⁽²¹⁾

G. Kerangka Teori

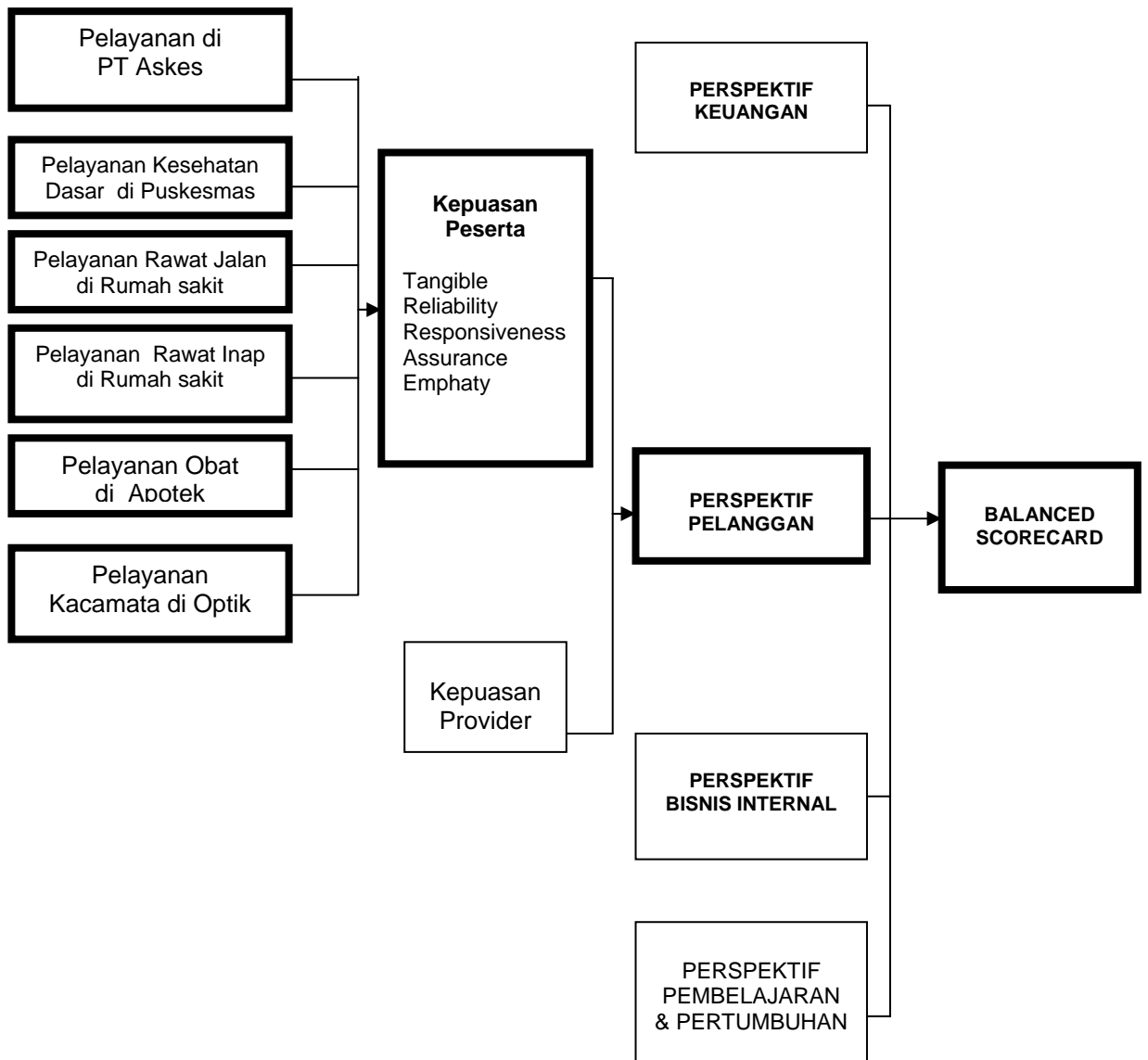
Berdasarkan tinjauan pustaka diatas,diambil suatu kerangka teori yang bersumber dari V.A. Zeithaml, A.Parasuraman dan Leonard L. Berry ⁽³⁹⁾



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Keterangan : Kotak cetak tebal adalah area yang diteliti

B. Definisi Operasional / Istilah

1. **Balanced Scorecard** adalah sistem manajemen, pengukuran dan pengendalian yang dapat memberikan pemahaman tentang kinerja dengan memandang empat perspektif, yaitu keuangan, pelanggan, proses bisnis internal serta proses pembelajaran dan pertumbuhan.
2. **Perspektif Pelanggan** adalah ukuran kinerja utama dari konsep Balanced Scorecard, yang bertujuan meningkatkan kepuasan pelanggan (peserta maupun provider) seperti tercapainya kepuasan, loyalitas dan akuisisi
3. **Akuisisi** adalah mengukur tingkat dimana suatu PT Askes mampu menarik pelanggan baru, misalnya dengan pertumbuhan jumlah Kartu peserta askes social.
4. **Perspektif Keuangan** : adalah ukuran kinerja keuangan yang memberikan petunjuk apakah strategi dan implementasi memberikan kontribusi atau tidak kepada peningkatan profit.
5. **Perspektif Bisnis Internal** : ukuran kinerja yang mengidentifikasikan berbagai proses penting untuk mencapai tujuan perspektif pelanggan
6. **Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan:** ukuran kinerja yang mengidentifikasikan infrastruktur yang harus dibangun dalam menciptakan pertumbuhan dan peningkatan kinerja jangka panjang.
7. **Pelanggan** adalah semua individu dan institusi yang menerima atau menggunakan jasa atau produk PT Askes terdiri dari peserta, provider, dan stakeholder lainnya.
8. **Peserta wajib** : adalah Pegawai Negeri Sipil, penerima Pensiun Sipil dan TNI/Polri, Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya.

9. **Kepuasan Peserta** adalah reaksi emosional dan rasional sebagai wujud dari persepsi positif atas jasa yang diterima atau digunakan peserta askes wajib terkait dengan pelayanan di PT Askes, puskesmas, rumah sakit, apotek dan optik
10. **Pelayanan di PT Askes** adalah pelayanan administrasi kepada peserta wajib meliputi penerbitan kartu peserta wajib , pembayaran klaim perorangan , penanganan keluhan dan pemberian informasi.
11. **Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas** adalah pemeliharaan kesehatan dasar kepada peserta wajib di puskesmas dimana penderita tidak menginap/bermalam.
12. **Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit** adalah pemeliharaan kesehatan lanjutan spesialis kepada peserta wajib di rumah sakit dimana penderita tidak menginap/ bermalam
13. **Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit** adalah pemeliharaan kesehatan lanjutan spesialis kepada peserta wajib di rumah sakit dimana penderita menginap / bermalam sedikitnya 1 (satu) malam .
14. **Pelayanan obat di Apotek** adalah proses penyerahan resep dari penderita ke petugas apotek dan proses penerimaan obat dari petugas apotek kepada penderita.
15. **Pelayanan Kacamata di Optik** : adalah proses penyerahan resep kacamata dari penderita ke petugas optik dan proses penerimaan kacamata dari petugas optik kepada peserta wajib.

16. **Kepuasan Provider** adalah reaksi emosional dan rasional sebagai wujud dari persepsi positif atas jasa yang diterima atau digunakan provider, meliputi persyaratan administrasi dan waktu penyelesaian tagihan / klaim.
17. **Provider** adalah pemberi pelayanan kesehatan, yaitu puskesmas untuk pelayanan tingkat pertama/dasar, rumah sakit untuk pelayanan lanjutan baik rawat jalan maupun rawat inap, apotek untuk pelayanan obat, serta optik untuk pelayanan kacamata.
18. **Sikap Petugas** adalah reaksi penyelenggara pelayanan atas keberadaan peserta yang meliputi keramahan, ketanggapan, waktu tunggu pelayanan, komunikasi
19. **Suasana adalah** keadaan tempat pelayanan yang meliputi ada/tidaknya papan informasi atau brosur, keberadaan ruang tunggu, kebersihan, ketenangan dan keamanan
20. **Keramahan** adalah reaksi peserta atas sikap petugas ditempat pelayanan terkait dengan ucapan salam, menegur, berbicara dengan kekeluargaan
21. **Ketanggapan** adalah ketelitian atau kecakapan petugas dalam memberikan pelayanan administrasi maupun medis
22. **Waktu tunggu adalah** waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelayanan administrasi maupun medis.
23. **Dimensi Tangible** , adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa wujud/tampilan meliputi fisik, perlengkapan, penampilan karyawan, dan peralatan komunikasi
24. **Dimensi Reliability** adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa kemampuan untuk memberikan pelayanan yang optimal dan akurat meliputi: kecepatan pelayanan, ketepatan pelayanan dan kelancaran pelayanan.

25. **Dimensi Responsiveness**, adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa kemauan pihak pemberi pelayanan untuk memberikan informasi dan membantu merespon kebutuhan atau keinginan konsumen dengan segera.
26. **Dimensi Assurance**, adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa adanya jaminan yang mencakup pengetahuan dan ketrampilan petugas, kesopanan dan keramahan petugas, kemampuan petugas dalam berkomunikasi, sifat dapat dipercaya dan adanya jaminan keamanan
27. **Dimensi Empathi**, adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa pemberian perhatian yang sungguh-sungguh dari pemberi pelayanan kepada konsumen secara individual.

C. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, dengan metode analisis menggunakan deskriptif terhadap data yang dihimpun. Penelitian bertujuan menggambarkan obyek yang diteliti sebagaimana adanya pada saat penelitian yaitu menggambarkan keadaan dan informasi tentang persepsi kepuasan peserta wajib PT Askes sebagai kinerja perspektif pelanggan PT Askes (Persero) Cabang Semarang, pada program asuransi kesehatan sosial tanpa penafsiran lebih lanjut.

Penelitian kualitatif mengacu kepada paradigma naturalistik. Menurut Patton (1990), naturalistik dapat berarti berusaha memahami suatu fenomena atau kejadian secara alamiah dan mengamati suatu kejadian yang terjadi secara alamiah (muncul kejadian tersebut bukan oleh karena manipulasi peneliti). ⁽²⁶⁾

Dari segi peneliti, naturalistik juga berarti peneliti tidak memiliki katagori atau variable yang telah ditetapkan sebelumnya untuk mengamati suatu kejadian (*pre-determined categories*), sehingga lebih bersifat menemukan (*discovering*) hal-hal yang dapat diamati (Guba, 1978 dalam Patton, 1990) ⁽²⁶⁾.

Metode kualitatif ini digunakan karena beberapa pertimbangan yaitu (1) lebih mudah dalam menyesuaikan apabila berhadapan dengan kenyataan ganda, (2) metode ini menyajikan secara langsung hakikat hubungan antara peneliti dan responden dan (3) metode ini lebih peka dalam penajaman terhadap pola-pola nilai yang dihadapi ⁽²⁴⁾

D. Alat Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti berfungsi sebagai instrument penelitian, oleh karena itu hubungan antara peneliti dengan yang diteliti/informan merupakan hubungan yang intensif, hubungan tersebut sangat berpengaruh terhadap kualitas data yang diperoleh, sehingga peran bias dalam penelitian ini dideskripsikan dan diceritakan terkait dengan fenomena .⁽²⁶⁾

Alat untuk mengumpulkan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara. Pedoman wawancara tersebut disusun terkait dengan pelaksanaan perspektif pelanggan di PT Askes (Persero) Cabang Semarang, khususnya terhadap kepuasan peserta wajib PT Askes dalam penyelelangaraan askes sosial.

E. Reliabilitas dan Validitas

Isu reliabilitas dan validitas yang muncul adalah bias pengamatan (observer bias), bias seleksi (tempat, waktu) prosedur sampling sasaran dan generalisasi hasil.

Mekanisme untuk menghindari isu bias tersebut agar konsistensi data serta reliabilitas interpretasi terjaga, maka digunakan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut. Teknik triangulasi yang paling banyak digunakan adalah pemeriksaan melalui sumber lainnya ⁽²⁴⁾

Menurut Patton, (1987), triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda. Hal ini dapat dicapai dengan (1) membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara, (2) membandingkan apa yang dikatakan orang didepan umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi, (3) membandingkan apa yang dikatakan orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakan (4) membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang biasa, berpendidikan atau pemerintah, (5) membandingkan hasil wawancara dengan isi dokumen berkaitan. ⁽²⁴⁾

Triangulasi dilakukan dengan cara melakukan *cross check* terhadap apa yang telah dikatakan informan/ responden saat wawancara dengan tenaga yang terkait di PT Askes , petugas provider yaitu petugas puskesmas, rumah sakit, apotek, dan optik serta pengamatan peneliti.

F. Populasi dan Sampel

Dalam penelitian kualitatif kondisi peneliti sangat erat kaitannya dengan faktor-faktor kontekstual, sehingga tujuan penelitian ini bukanlah memusatkan diri pada adanya

perbedaan-perbedaan, tetapi merinci kekhususan yang ada kedalam ramuan konteks yang unik. ⁽²⁴⁾

Strategi sampling pada penelitian kualitatif ini adalah dengan mencari responden yang dapat memberikan informasi mengenai fenomena yang diteliti, oleh karena itu pemilihan sampel menjadi bias oleh karena mempunyai tujuan tertentu (*purposive*) ⁽²⁶⁾. Morse (1998) justru menyatakan, dalam penelitian kualitatif sampel akan bias (*it must be biased*). Hal yang menyebabkan demikian karena pada penelitian kualitatif akan mengidentifikasi responden yang mempunyai pengalaman terbanyak ⁽²⁶⁾

Maksud sampling pada penelitian ini adalah menggali informasi yang akan menjadi dasar dari rancangan dan teori yang muncul, oleh sebab itu tidak ada sample acak, tetapi sample bertujuan (*purposive sample*) ⁽²⁴⁾.

Disebut *purposive*, oleh karena cara samplingnya memang bertujuan (*purpose*) tertentu, yaitu memilih sampel yang kaya informasi. Penilaian apakah jumlah sampel dalam penelitian kualitatif memadai atau tidak, bukanlah merupakan persoalan jumlah kecil atau besar sampel, tetapi didasarkan pada pertimbangan apakah terlalu kecil atau terlalu besar untuk digunakan menjawab pertanyaan penelitian. ⁽²⁴⁾

Pengambilan sampel secara *purposive* didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti, yaitu berdasarkan ciri atau sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya ⁽²⁰⁾. Dalam penelitian kualitatif terdapat hubungan yang terbalik antara kualitas informasi yang dikumpulkan dari setiap responden dengan jumlah responden, dan semakin bervariasi suatu fenomena, semakin lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai saturasi ⁽²⁶⁾

Sampel dapat menggambarkan keadaan populasi dan dapat menerangkan kepuasan peserta wajib PT Askes pada penyelenggaraan asuransi kesehatan sosial di PT Askes (Persero) Cabang Semarang.

Populasi dalam penelitian ini adalah peserta wajib PT Askes, jumlah sampel yang diambil sebanyak 10 orang didasarkan kepada :

- a. Status kepesertaan, yaitu peserta aktif dan pensiun
- b. Golongan, yaitu golongan rendah (golongan I/II) dan golongan tinggi (golongan III/IV)
- c. Peserta yang telah mendapatkan pelayanan, baik pelayanan administrasi di PT Askes (Persero) maupun pelayanan kesehatan yang dilaksanakan provider (Puskesmas, Rumah sakit, Apotek dan atau Optik).

Tabel 3.1.

Jumlah responden kajian kepuasan peserta wajib PT Askes Di Kota Semarang

No	GOLONGAN	JENIS PESERTA		JUMLAH
		AKTIF	PENSIUN	
1	Golongan rendah (I/II)	3	2	5
2	Golongan Tinggi (III/IV)	3	2	5
	Jumlah	6	4	10

Adapun sebagai pembanding atas data yang didapat dari informan , dilakukan crosscheck untuk triangulasi terhadap tenada provider, yaitu kepada (1) Kepala PT Askes Cabang Semarang dan petugas , (2) Petugas Rumah Sakit (Medis/paramedis) (3) Kepala/Petugas Puskesmas, (4), Petugas Apotek (5) Petugas Optik

G. Jalannya Penelitian :

1. Persiapan:

Melakukan identifikasi terhadap masalah-masalah yang berkaitan dengan pencapaian kinerja perspektif pelanggan dalam kerangka *balanced scorecard* di PT Askes dengan cara membaca kepustakaan, wawancara awal dengan manajemen dilingkungan PT Askes Kantor Regional VI, dan PT Askes Cabang Semarang, dilanjutkan dengan perijinan penelitian di PT Askes (Persero) Cabang Semarang

2. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan oleh penulis, yaitu dengan cara :

a. Data Primer

Pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*). Wawancara mendalam menurut Moser & Kalton, (1979) adalah wawancara yang berusaha menggali sedalam-dalamnya untuk mendapat pengertian yang seluas-luasnya dari jawaban yang diberikan oleh responden. Jenis wawancara yang dikemukakan oleh Patton (1980), adalah sebagai berikut : (a) wawancara pembicaraan formal, (b) pendekatan menggunakan petunjuk umum wawancara dan (c) wawancara baku terbuka. ⁽²⁴⁾

Jenis wawancara pada penelitian ini adalah dengan menggunakan pendekatan pedoman wawancara yaitu petunjuk yang berisi garis besar

tentang proses dan isi wawancara untuk menjaga agar pokok-pokok yang direncanakan dapat tercakup seluruhnya.⁽²⁴⁾

Pokok-pokok yang dirumuskan tidak perlu ditanyakan secara berurutan, demikian juga pemilihan kata-kata untuk wawancara tidak dilakukan sebelumnya. Pelaksanaan wawancara dan pengurutan pertanyaan disesuaikan dengan keadaan responden dalam konteks wawancara yang sesuai dengan tujuan. Dalam hal ini peneliti berusaha memperoleh informasi yang dalam dan luas dari topik yaitu, kepuasan peserta wajib dengan pertolongan pertanyaan pokok/utama sebagai petunjuk, agar informasi yang diinginkan tentang topik tersebut dapat diperoleh. Untuk mendapat informasi yang sedalam-dalamnya dan seluas-luasnya pada wawancara mendalam digunakan pertanyaan terbuka. Pertanyaan yang mengarah pada jawaban tertutup (jawaban ya atau tidak, setuju atau tidak setuju) pada penelitian ini dihindari ⁽²⁴⁾

b. Data sekunder:

Data sekunder digunakan sebagai data penunjang dan pelengkap dari data primer yang ada relevansinya dengan keperluan penelitian. Data sekunder diperoleh dari pencatatan secara langsung dan observasi mengenai pencapaian kepuasan peserta wajib di PT Askes (Persero) Cabang Semarang

H. Analisis Data.

Analisa data yang dipakai adalah pemetaan strategis dengan analisis kualitatif serta pola berpikir induktif, yaitu pengujian dalam bentuk telaah dari data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan kesimpulan.

Data kualitatif diolah dengan netral sesuai karakteristik penelitian, pengolahan data disesuaikan dengan tujuan penelitian, disajikan dalam bentuk deskriptif untuk menggambarkan tingkat kepuasan peserta wajib PT Askes dalam kerangka konsep *balanced scorecard*.

Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan *emic dimension*, dimana peneliti bertindak sebagai seorang yang mengidentifikasi masalah, menguraikan secara nyata tanpa mempengaruhi kondisi data yang ada.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden

Disribusi Frekwensi Karakteristik Responden Penelitian dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.1.
Distribusi Frekwensi Karakteristik Responden di Kota Semarang,
Tahun 2006

Karakteristik	Jumlah
1. Jenis Kepesertaan	
a. Peserta Aktif	
- CPNS	0
- PNS	6
b. Pensiun	
- Pensiun PNS	1
- Pensiun TNI/polri	2
- Veteran/Perintis Kemerdekaan	1
2. Jenis Kelamin	
a. Peserta Aktif	
- Laki-laki	4
- Perempuan	2
b. Pensiun	
- Laki-laki	3
- Perempuan	1
3. Kelompok Umur	
a. Peserta Aktif	
- 20-35 tahun	1
- 36-45 tahun	0
- 46-56 tahun	5
b. Pensiun	
- 56-65 tahun	1
- 66-75 tahun	1
- > 75 tahun	2
4. Jenis Kepesertaan	
a. Peserta Aktif	
- Golongan rendah (I/II)	3
- Golongan tinggi (III/IV)	3
b. Pensiun	
- Golongan rendah (I/II)	2
- Golongan tinggi (III/IV)	2

Sumber : Data Primer Tahun 2006

Berdasarkan jenis kepesertaan, semua responden peserta aktif adalah berstatus PNS , status calon PNS tidak ada, sedangkan responden peserta pensiun paling banyak adalah pensiun TNI/Polri yaitu 2 orang , untuk pensiun PNS dan Veteran masing-masing 1 orang .

Berdasarkan jenis kelamin, responden peserta aktif dengan jenis kelamin laki-laki jumlahnya lebih besar dibanding responden perempuan. Responden pria 4 orang dan responden perempuan 2 orang, sedangkan untuk responden peserta pensiun dengan jenis kelamin laki-laki juga lebih besar dibanding responden perempuan. Responden pria 3 orang dan responden perempuan 1 orang

Berdasarkan kelompok umur, responden peserta aktif paling banyak berada pada kelompok umur 46-55 tahun, yaitu 5 orang, sedangkan untuk responden peserta pensiun paling banyak berada pada kelompok umur > 75 tahun, yaitu 2 orang

Berdasarkan golongan kepangkatan, responden peserta aktif dan peserta pensiun, baik untuk golongan rendah (I/II), maupun golongan tinggi (III/IV) adalah sama yaitu 50%.

B. Hasil Penelitian

1. Pelayanan di PT Askes (Persero)

- a. Bagaimana proses/prosedur penerbitan kartu yang diberikan oleh PT Askes kepada peserta?

Disribusi responden atas proses penerbitan kartu askes dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.2
Distribusi Responden Atas Proses Penerbitan Kartu Askes Di Kota
Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Simpel sekali, mengisi formulir dan foto
Informan 2 (BS)	Menyerahkan Kartu lama, Sk terakhir, foto dan daftar gaji, surat keterangan sekolah, bisa ditunggu.
Informan 3 (Sg)	Bisa ditunggu, persyaratan mudah, bawa foto, kartu lama
Informan 4 (SM)	Menyerahkan SK terakhir, slip gaji
Informan 5 (MN)	Prosedur sederhana, mudah, membuat kartu dapat ditunggu tidak terlalu lama, yang dibawa foto, slip gaji SK
Informan 6 (SMU)	Prosedur mudah, membawa pas foto 2x3 dan kartu lama, proses cepat, bisa ditunggu, kurang dari satu jam
Informan 7 (ES)	Baik, lancar, tidak ada masalah, pelayanan wajar
Informan 8 (Sp)	Menyerahkan Sk terakhir. foto dan daftar gaji
Informan 9 (B)	Menyerahkan foto, mengisi formulir.
Informan 10 (Mb)	Proses cepat tidak sampai satu jam, membawa askes lama, foto dan daftar gaji serta SK terakhir.

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa prosedur penerbitan kartu askes, adalah mudah, responden cukup mengisi formulir, memberikan foto, SK terakhir, slip gaji, dan membawa kartu lama jika akan mengganti dengan yang baru, dan bisa ditunggu.

Menurut pedoman administrasi kepesertaan askes sosial, persyaratan penerbitan kartu adalah mengisi daftar isian peserta dilampiri : ⁽⁴⁰⁾

- Daftar gaji yang dilegalisasi pimpinan instansi
- Fotocopy surat keputusan menjadi CPNS/pensiun PNS/perintis kemerdekaan/veteran/dokter/bidan tidak tetap.
- Fotocopy surat nikah atau keterangan nikah
- Fotocopy akte kelahiran anak
- Surat keterangan sekolah bagi anak diatas 21 tahun dan dibawah 25 tahun

- 2 (dua) lembar pasfoto hitam putih ukuran 2 x 3 cm.

Sedangkan untuk mengurus perubahan kartu yang dikarenakan rusak atau terjadi penggantian kelas adalah dengan mengisi formulir, melampirkan fotocopy kepengkatan terakhir dan membawa kartu askes lama serta foto.

- b. Bagaimana proses/prosedur klaim perorangan yang diberikan oleh PT Askes kepada peserta ?

Distribusi responden atas proses penyelesaian klaim perorangan dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.3
Distribusi Responden Atas Proses Penyelesaian Klaim Perorangan Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Tidak mendapat kesulitan ketika mengurus klaim operasi sesar, asal sudah melengkapi persyaratan paling lama tiga hari klaim dibayar
Informan 2 (BS)	Tidak tahu, belum pernah <i>ngurus</i>
Informan 3 (Sg)	Belum pernah <i>mengurus</i> klaim.
Informan 4 (SM)	Belum pernah
Informan 5 (MN)	Tidak tahu, belum pernah
Informan 6 (SMU)	Pengalaman penggantian lensa, klaim mudah, ada keterangan dari rumah sakit, 2 hari selesai.
Informan 7 (ES)	Belum pernah <i>mengurus klaim</i> , tidak tahu.
Informan 8 (Sp)	Belum pernah <i>ngurus</i>
Informan 9 (B)	Belum pernah <i>mengurus</i> klaim.
Informan 10 (Mb)	Pernah, operasi katarak, pasang lensa, seharga Rp.900.000, lensa saya bayar dulu, lalu klaim ke askes, diganti Rp. 500.000, waktu klaim 2 hari, tidak berbelit-belit, cepat.

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006.

Sebagian responden pernah mengurus klaim perorangan antara lain penggantian biaya operasi sesar, dan penggantian lensa (IOL), mengurus klaim tidak ada kesulitan, waktu tunggu menyelesaikan klaim berkisar antara 2-3 hari

Jenis klaim perorangan meliputi : protese gigi, protese alat gerak, alat bantu dengar, pen \$ scrow dan implan, IOL.

Persyaratan untuk mendapat alat kesehatan tersebut adalah : mengisi formulir dilampiri : surat keterangan dokter bahwa pasien memerlukan alat kesehatan dimaksud, kuitansi asli, fotocopy kartu askes dan rujukan dari puskesmas⁽⁴¹⁾

- c. Bagaimana dengan beban/biaya administrasi dalam mendapatkan pelayanan di PT Askes?

Distribusi responden atas biaya administrasi dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.4
Distribusi Responden Atas Biaya Administrasi PT Askes Di Kota
Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Tidak ada pungutan/ biaya.
Informan 2 (BS)	Tidak ada biaya administrasi, tidak ada biaya parkir.
Informan 3 (Sg)	Tidak dikenai biaya
Informan 4 (SM)	Tidak ada biaya yang dikeluarkan
Informan 5 (MN)	Tidak ada biaya membuat kartu
Informan 6 (SMU)	Tidak ada biaya administrasi
Informan 7 (ES)	Tidak ada biaya sama sekali.
Informan 8 (Sp)	Tidak ada biaya yang dikeluarkan
Informan 9 (B)	Tidak ada biaya.

Informan 10 (Mb)	Tidak ada biaya
---------------------	-----------------

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa tidak ada biaya dalam mendapatkan pelayanan di PT Askes.

- d. Bagaimana dengan keluhan/komplain atas pelayanan administrasi di PT Askes

Disribusi responden atas keluhan pelayanan pada PT Askes, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.5
Distribusi Responden Atas Keluhan Pelayanan Pada PT Askes Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Belum pernah menyampaikan keluhan
Informan 2 (BS)	Tidak ada keluhan
Informan 3 (Sg)	Tidak ada keluhan
Informan 4 (SM)	Tidak ada komplain
Informan 5 (MN)	Tidak ada komplain
Informan 6 (SMU)	Tidak ada komplain
Informan 7 (ES)	Belum pernah mengeluh di Askes
Informan 8 (Sp)	Tidak ada komplain
Informan 9 (B)	Saya tidak kompalin
Informan 10 (Mb)	Tidak ada komplain kepada askes

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa tidak mengeluh/komplain waktu mendapatkan pelayanan administrasi di PT Askes.

e. Bagaimana dengan Sikap Petugas Askes?

Distribusi responden atas sikap petugas PT Askes, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.6
Distribusi Responden Atas Sikap Petugas PT Askes Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Sikap Petugas PT Askes			
	Keramahan	Ketanggapan	Waktu Tunggu	Komunikasi
Informan 1 (IR)	Kurang ramah, kurang profesional	Dilayani dengan cepat.	Buat kartu, 1 jam	Komunikasi jelas
Informan 2 (BS)	Cukup ramah	Cukup teliti	30 menit	Cukup baik
Informan 3 (Sg)	Baik	Cukup	Tidak lama	Baik
Informan 4 (SM)	Kekeluargaan	Baik	Ditinggal pulang, 2 hari	Baik
Informan 5 (MN)	Cukup ramah	Tanggap	Tidak lama	Baik
Informan 6 (SMU)	Cukup ramah	Cukup	Buat Kartu bisa ditunggu	Cukup
Informan 7 (ES)	Ramah	Tanggap	Setengah hari	Baik
Informan 8 (Sp)	Cukup ramah	Cukup	Tidak lama	Baik
Informan 9 (B)	Ramah	Tanggap	Setengah hari	Bagus, sopan dan wajar.
Informan 10 (Mb)	Cukup ramah	Cukup	kurang dari 1 jam	Baik

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Masih ada responden menganggap bahwa petugas PT. Askes kurang ramah dan profesional , kelihatan sibuk sekali, tidak sempat menegur peserta yang datang, tingkat ketanggapan/ketelitian cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan kartu relatif cepat. Hal ini dapat terlihat pada kotak 1

Kotak 1

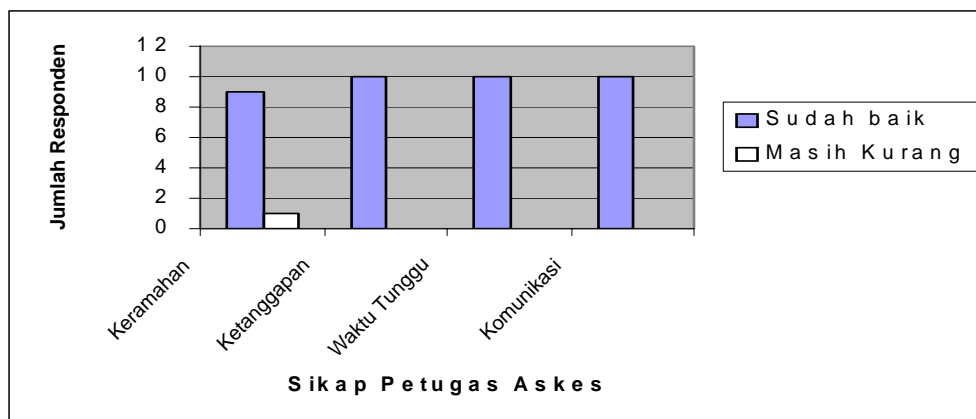
Agak kurang ya, kurang profesional *kaya* di Bank, misal *negur* “ada yang dibantu?” disini dibiarkan saja

Informan 1

Mengenai frekwensi distribusi responden terhadap sikap petugas PT

Askes Cabang Semarang sebagaimana diagram berikut :

Diagram 1
Distribusi Responden Terhadap Sikap Petugas PT Askes Cabang Semarang Tahun 2006



Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

f. Bagaimana dengan Suasana Kantor (PT Askes)?

Distribusi responden atas suasana PT Askes, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.7
Distribusi Responden Atas Suasana PT Askes Cabang Semarang, Tahun 2006

Informan	Suasana PT Askes					
	Brosur leaflet	Ruang Tunggu	Kebersihan	Penerangan	Ketena-ngan	Keaman-an
Informan 1 (IR)	Brosur diletakkan saja	Bagus	Bersih sekali	Bagus	Tenang	Bagus
Informan 2 (BS)	Ada	Cukup	Bersih	Cukup	Cukup	Aman

Informan 3 (Sg)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup Aman
Informan 4 (SM)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup Aman
Informan 5 (MN)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Baik	Baik
Informan 6 (SMU)	Ada	Bagus	Baik	Cukup	Cukup	Baik
Informan 7 (ES)	Ada	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik
Informan 8 (Sp)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 9 (B)	Ada poster	Bagus	Bersih sekali	Cukup	Tenang	Ada satpam
Informan 10 (Mb)	Ada	Baik	Cukup bersih	Cukup	Cukup	Aman

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Mengenai keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, semua responden mengetahui, ada responden yang mengatakan bahwa peletakan leaflet di PT Askes kurang tertata, sehingga responden ragu untuk membaca atau mengambil brosur/leaflet tersebut, sebagaimana kotak 2

Kotak 2 :

Brosur ada,tetapi diletakan begitu saja tidak berdiri, seharusnya ada tulisan “ *Brosur ini bisa diambil* “

Informan 1

Mengenai ruang tunggu, sebagian besar responden mengatakan ruang tunggu sudah dianggap sudah baik, mengenai kebersihan, semua responden mengatakan kebersihan di PT. Askes dianggap sudah baik

Mengenai Penerangan, semua responden mengatakan bahwa penerangan di PT Askes sudah dianggap baik

Mengenai Ketenangan, semua responden mengatakan suasana sudah baik .

Mengenai Keamanan, semua responden mengatakan keamanan di PT Askes sudah dianggap baik

2. Pelayanan di Puskesmas.

a. Bagaimana prosedur penerimaan pasien di Puskesmas?

Distribusi responden atas prosedur penerimaan pasien pada Puskesmas , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.8
Distribusi Responden Atas Penerimaan Pasien Pada Puskesmas Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Bagus , tidak terlalu antri, loketnya juga bagus
Informan 2 (BS)	Mudah, antri sebentar dipanggil, asal membawa kartu askes
Informan 3 (Sg)	Prosedur penerimaan pasien baik dan mudah, cukup membawa kartu askes.
Informan 4 (SM)	Saya berobat di Puskesmas, penerimaan pasien oleh petugas cukup baik
Informan 5 (MN)	Baik dan mudah, saya diterima membawa syarat kartu askes.
Informan 6 (SMU)	Tidak sulit, membawa kartu askes.
Informan 7 (ES)	Saya antri, dipanggil lalu dapat pelayanan, sebelum antri menunjukkan kartu askes.
Informan 8 (Sp)	Wajar, lancar, syaratnya mudah, membawa askes
Informan 9 (B)	Antri, menyerahkan kartu, dipanggil, dilayani.
Informan 10 (Mb)	Tidak macam-macam, hanya membawa kartu askes, terus dilayani

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa prosedur penerimaan pasien di Puskesmas adalah mudah, sepanjang responden dapat menunjukkan kartu askes, antri tidak terlalu lama

Syarat untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan tingkat pertama di puskesmas adalah :

- Peserta datang ke PPK tingkat pertama, tempat Kartu Askes terdaftar.
- Membawa dan menunjukkan Kartu Askes.
- Bila sedang melakukan tugas di tempat lain dan peserta berobat di PPK yang tidak sesuai dengan tempat Kartu Askes terdaftar pelayanan dapat diperoleh dengan menunjukkan identitas diri berupa surat cuti, surat tugas/dinas dan atau bukti lain.
- Bila hasil pemeriksaan dokter ternyata memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, makapuskesmas akan memberikan *surat rujukan* ke PPK tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan PT Askes.

b. Siapa yang menangani pemeriksaan/pengobatan di Puskesmas?

Distribusi responden atas pemeriksaan Puskesmas, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.9
Distribusi Responden Atas Pemeriksaan Puskesmas Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Kadang Dokter, kadang suster
Informan 2 (BS)	Dokter
Informan 3 (Sg)	Sering oleh perawat, kadang-kadang oleh Dokter
Informan 4 (SM)	Perawat yang memeriksa saya, saya sakit mata
Informan 5 (MN)	Diperiksa oleh Perawat dan dokter
Informan 6 (SMU)	Diperiksa dokter
Informan 7 (ES)	Dokter gigi, waktu itu saya sakit gigi
Informan 8 (Sp)	Kadang-kadang dokter, sering oleh perawat
Informan 9 (B)	Dokter
Informan 10 (Mb)	Diperiksa oleh dokter

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden mengatakan bahwa yang menangani dalam pengobatan di Puskesmas adalah Dokter, selanjutnya kadang-kadang oleh Perawat.

- c. Bagaimana dengan beban/biaya pemeriksaan /pengobatan di Puskesmas ?
- Distribusi responden atas beban/biaya pemeriksaan Puskesmas, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.10
Distribusi Responden Atas Beban/Biaya Pemeriksaan Puskesmas Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Selama ini tidak ada biaya tambahan
Informan 2 (BS)	Tidak ada
Informan 3 (Sg)	Tidak ada biaya pemeriksaan
Informan 4 (SM)	Tidak ada biaya untuk pemeriksaan
Informan 5 (MN)	Tidak ada biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan
Informan 6 (SMU)	Untuk pemeriksaan tidak ada biaya
Informan 7 (ES)	Tidak ada biaya
Informan 8 (Sp)	Tidak ada biaya
Informan 9 (B)	Tidak ada
Informan 10 (Mb)	Tidak ada biaya , gratis

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa tidak dikenakan biaya administrasi atau biaya pemeriksaan dalam menerima pelayanan di Puskesmas

- d. Bagaimana dengan obat yang diberikan Puskesmas ?

Distribusi responden atas obat yang diberikan Puskesmas, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.11
Distribusi Responden Atas Obat Yang Diberikan Puskesmas Di Kota
Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Menyembuhkan
Informan 2 (BS)	Baik, walaupun obat generik
Informan 3 (Sg)	Baik, obat puskesmas
Informan 4 (SM)	Cukup
Informan 5 (MN)	Obat diberi untuk 3 hari , Cukup
Informan 6 (SMU)	Saya diberi Obat untuk 3 hari
Informan 7 (ES)	Obat cukup
Informan 8 (Sp)	Obat diberi sesuai penyakit, buat 3 hari
Informan 9 (B)	Ke puskesmas mau minta rujukan, jadi tidak diberi obat
Informan 10 (Mb)	Obat diberi untuk 3 hari

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden mengatakan bahwa datang ke Puskesmas karena penyakitnya tidak parah, rata-rata diberi obat untuk 3 hari, jika merasa penyakitnya sudah parah maka akan minta rujukan untuk pelayanan lanjut di Rumah Sakit. Hal ini terlihat pada kotak 3

Kotak 3 :

Saya ke puskesmas, biasanya tidak berobat, karena sakit saya jantung, saya ke puskesmas mau minta rujukan, jadi tidak diberi obat .

Informan 9

e. Apakah ada keluhan /komplain pelayanan di Puskesmas ?

Distribusi responden atas keluhan di Puskesmas, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.12
Distribusi Responden Atas Keluhan Puskesmas Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Tidak ada komplain
Informan 2 (BS)	Tidak ada
Informan 3 (Sg)	Tidak ada keluhan
Informan 4 (SM)	Tidak ada komplain
Informan 5 (MN)	Tidak ada
Informan 6 (SMU)	Tidak ada
Informan 7 (ES)	Belum pernah mengeluh pelayanan puskesmas.
Informan 8 (Sp)	Tidak ada
Informan 9 (B)	Tidak ada komplain
Informan 10 (Mb)	Selama pengobatan, penerimaan cukup baik, tidak ada komplain

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa mereka tidak ada yang mengeluh/komplain terhadap pelayanan di Puskesmas, pelayanan sudah dianggap cukup baik

Hasil wawancara mendalam dengan kepala Puskesmas, diketahui bahwa upaya Puskesmas dalam memberikan pelayanan adalah memberikan pelayanan sebaik mungkin.

Kotak 4 :

“.....Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan dasar pada semua pemegang kartu askes baik dalam wilayah maupun luar wilayah , tidak ada perbedaan pelayanan baik untuk loket, pemeriksaan dan obat”

Ka. Puskesmas

f. Bagaimana dengan Sikap Petugas Puskesmas?

Disribusi responden atas sikap petugas Puskesmas, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.13
Distribusi Responden Atas Sikap Petugas Puskesmas Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Sikap Petugas Puskesmas				
	Keramahan	Ketanggapan	Waktu Tunggu	Komunikasi	Membedakan Pelayanan
Informan 1 (IR)	Ramah	Cukup teliti	Kira-kira 10 menit	Cukup ada komunikasi	Tidak membedakan dengan pasien umum
Informan 2 (BS)	Ramah	Cukup teliti	Tidak lama	Cukup	Diperlakukan sama
Informan 3 (Sg)	Ramah	Cukup	Cukup	Baik	Diperlakukan sama
Informan 4 (SM)	Cukup ramah	Cukup	Cukup	Cukup	Tidak ada
Informan 5 (MN)	Baik	Cukup	15 Menit	Baik	Tidak ada
Informan 6 (SMU)	Cukup	Cukup	10 menit	Baik	Tidak
Informan 7 (ES)	Secara umum ramah	Diperiksa dengan baik	Kira-kira ¼ jam	Bisa konsul	Tidak ada perbedaan
Informan 8 (Sp)	Cukup	Cukup	Tidak lama	Baik	Diperlakukan sama
Informan 9 (B)	Biasa, baik	Baik	Kira-kira 15 menit,	Bagus	Tidak ada perbedaan
Informan 10 (Mb)	Ramah	Cukup	30 menit	Baik	Tidak ada

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa tingkat keramahan petugas Puskesmas sudah dianggap cukup baik, tingkat ketanggapan/ketelitian dalam pelayanan sudah dianggap baik, waktu yang dibutuhkan untuk menunggu pelayanan berkisar antara 10 sampai 30 menit, dapat berkomunikasi dengan baik dengan petugas dan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum.

g. Bagaimana dengan Suasana Puskesmas ?

Disribusi responden atas suasana Puskesmas, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.14
Distribusi Responden Atas Suasana Puskesmas Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Suasana Puskesmas					
	Brosur leaflet	Ruang Tunggu	Kebersihan	Penerangan	Ketenangan	Keamanan
Informan 1 (IR)	Ada.	Bersih	Cukup bersih	Bagus	Kurang	Cukup
Informan 2 (BS)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 3 (Sg)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 4 (SM)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 5 (MN)	Ada	Cukup baik	Cukup	Cukup baik	Bagus	Baik
Informan 6 (SMU)	Ada	Baik	Bersih	Cukup	Baik	Baik
Informan 7 (ES)	Saya tidak memperhatikan	Cukup besar	Cukup bersih	cukup	Tenang	Cukup
Informan 8 (Sp)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 9 (B)	Tidak memperhatikan	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik
Informan 10 (Mb)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Baik

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Mengenai keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, sebagian besar responden mengetahui, dan sebagian kecil tidak memperhatikan

Mengenai ruang tunggu, semua responden mengatakan ruang tunggu sudah dianggap cukup baik, mengenai kebersihan, semua responden mengatakan kebersihan di Puskesmas dianggap sudah baik, mengenai penerangan, semua responden mengatakan bahwa penerangan di Puskesmas sudah dianggap cukup baik

Mengenai Keamanan, semua responden mengatakan keamanan di Puskesmas sudah dianggap cukup baik

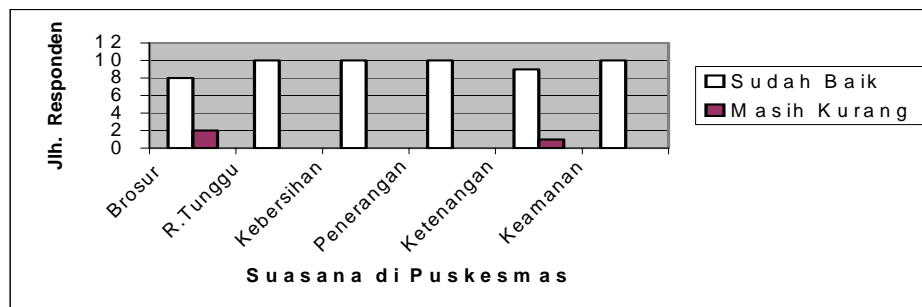
Mengenai Ketenangan, sebagian besar responden mengatakan suasana sudah tenang, dan sebagian kecil responden mengatakan kurang tenang . Hal ini terlihat pada kotak 5

Kotak 5:
Kurang....., banyak yang *jualan*

Informan 1

Mengenai frekwensi distribusi responden terhadap suasana Puskesmas di Kota Semarang sebagaimana diagram berikut :

Diagram 2
Distribusi Responden Terhadap Suasana di Puskesmas Di Kota Semarang tahun 2006



Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Keterangan :

Sudah Baik meliputi :Ada, cukup, baik

Masih Kurang meliputi : Tidak memperhatikan, Kurang

3. Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit

a. Bagaimana prosedur penerimaan pasien di poli rawat jalan ?

Distribusi responden atas prosedur penerimaan pasien pada poli rawat jalan, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.15
Distribusi Responden Atas Penerimaan Pasien Pada Poli Rawat Jalan Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Harus membawa rujukan dari puskesmas, daftar di RS, menunggu panggilan di poli

Informan 2 (BS)	Persyaratan mudah, membawa rujukan, dapat jaminan, nunggu panggilan
Informan 3 (Sg)	Persyaratan cukup mudah, sederhana, membawa kartu askes dan rujukan,
Informan 4 (SM)	Persyaratan cukup mudah, sederhana, membawa kartu askes dan rujukan,
Informan 5 (MN)	Mudah, sering kontrol, prosedur mudah, membawa rujukan dan kartu askes
Informan 6 (SMU)	Caranya membawa rujukan dari puskes, membawa kartu asli, terus daftar, mudah, pakai nomor antri, jadi tidak berdesakan
Informan 7 (ES)	Menyerahkan rujukan,
Informan 8 (Sp)	Menyerahkan rujukan, terus dapat jaminan, dilayani baik, tidak terlalu repot
Informan 9 (B)	Menyerahkan rujukan, nunggu, lalu dipanggil
Informan 10 (Mb)	Mudah tidak sulit, membawa kartu askes asli dan rujukan dari Puskes

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa prosedur penerimaan pasien di poli rawat jalan adalah mudah, sepanjang pasien membawa rujukan dari puskesmas, membawa kartu askes, selanjutnya pasien daftar di loket yang tersedia dengan mendapatkan nomor antri untuk mendapat pelayanan di poli rawat jalan.

Persyaratan untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan di poli rumah sakit adalah sebagai berikut :

- Membawa Surat Rujukan dari Puskesmas atau dokter keluarga yang masih berlaku (satu bulan untuk pasien biasa dan tiga bulan untuk pasien kronis).
- Surat permintaan untuk kontrol ulang, bagi pasien yang control
- Kartu Peserta yang sah

b. Siapa yang menangani pemeriksaan/pengobatan di poli rawat jalan ?

Disribusi responden atas pemeriksaan di poli rawat jalan, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.16
Distribusi Responden Atas Pemeriksaan Poli Rawat Jalan Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Dokter
Informan 2 (BS)	Perawat, lalu dokter
Informan 3 (Sg)	Diperiksa oleh Perawat, lalu dokter
Informan 4 (SM)	Pemeriksaan awal oleh perawat, kemudian dokter
Informan 5 (MN)	Diperiksa oleh perawat, dan dokter
Informan 6(SMU)	Pemeriksaan awal dilakukan perawat, kemudian dokter
Informan 7 (ES)	Dokter
Informan 8 (Sp)	Diperiksa oleh perawat, lalu dokter
Informan 9 (B)	Dokter masih muda
Informan 10 (Mb)	Saya diperiksa oleh perawat, lalu dokter

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa dalam pengobatan di poli rawat jalan dilayani oleh dokter dan perawat, dokter yang masih sekolah, karena dianggap masih muda dan sering bertanya kepada dokter lain

c. Bagaimana dengan biaya pemeriksaan/pengobatan di poli rawat jalan ?

Distribusi responden atas biaya pemeriksaan di poli rawat jalan , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.17
Distribusi Responden Atas Biaya Pemeriksaan Poli Rawat Jalan Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Tidak ada tambahan
Informan 2 (BS)	Tidak ada biaya
Informan 3 (Sg)	Tidak ada biaya pemeriksaan
Informan 4 (SM)	Tidak ada biaya yang dikeluarkan

Informan 5 (MN)	Di poli tidak ada biaya pemeriksaan
Informan 6 (SMU)	Di poli tidak ada
Informan 7 (ES)	Ada biaya laboratorium, sebesar Rp. 13.000.
Informan 8 (Sp)	Tidak ada biaya
Informan 9 (B)	Ada biaya USG sebesar 100 ribu, tidak ada penjelasan dari Rumah sakit, jadi kurang puas.
Informan 10 (Mb)	Dalam pemeriksaan tidak ada biaya tambahan.

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden mengatakan bahwa tidak ada biaya tambahan (iur biaya) dalam menerima pelayanan di poli rawat jalan. Sebagian kecil responden mengatakan bahwa ada biaya tambahan (iur biaya) yang besarnya berkisar antara Rp. 10.300 sampai dengan Rp. 100.000. Iur biaya dilakukan pada pelayanan penunjang diagnostik yaitu pada pelayanan laboratorium dan USG

Kotak 6 :

“....*Nggak ada*, tapi dulu saya ada biaya waktu difoto sama USG sebesar seratus ribu, tidak ada penjelasan dari rumah sakit, jadi kurang puas...”

Informan 9

d. Bagaimana dengan obat yang diresepkan Poli Rawat Jalan ?

Distribusi responden atas resep obat di poli rawat jalan , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.18
Distribusi Responden Atas Resep Obat Poli Rawat Jalan Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Obat cukup, obatnya generik, menyembuhkan, sakit alergi
Informan 2 (BS)	Obat askes yang diresepkan semua ada di apotek, yang tidak masuk askes beli sendiri, sebelumnya sudah diberitahu dokter
Informan 3 (Sg)	Obat sesuai yang diresepkan, dan tersedia di apotek
Informan 4 (SM)	Sebagian tidak termasuk obat askes, sehingga beli sendiri

Informan 5 (MN)	Obat diresepkan untuk satu bulan sesuai penyakit saya , obat ada di apotek
Informan 6 (SMU)	Obat diresepkan sesuai dengan penyakit, tetapi kadang obat tidak masuk daftar askes.
Informan 7 (ES)	Baik, yang penting sembuh.
Informan 8 (Sp)	Dokter merepkan 2 ampul sekaligus, tetapi apotek hanya memberikan satu ampul, yang satu lagi besok baru bisa diambil
Informan 9 (B)	Obat yang diterima kurang satu, katanya diluar askes, beli sendiri, tadinya mau diganti sama apotek, tapi merasa tidak mantap
Informan 10 (Mb)	Ada obatnya saya beli sendiri, karena tidak masuk askes, tidak semua masuk askes

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian responden mengatakan bahwa obat yang diresepkan oleh dokter ada yang tidak masuk obat askes (diluar DPHO), upaya pihak apotek adalah mengganti obat tersebut dengan obat yang setara, namun dirasakan oleh responden kurang mantap, sehingga responden memilih beli sendiri. Obat yang dibeli sendiri tersebut tidak memberatkan pasien karena harganya terjangkau .

Kotak:7

“..... Obat yang diterima kurang satu, *katanya* diluar askes, harganya sekitar 22 ribu, beli sendiri, tadinya mau diganti *sama* apotek, tapi saya *nggak mantap* kalau *ndak* pakai obat itu, makanya saya beli sendiri, *nggak* apa-apa cuma 22 ribu....” (responden 9)

Informan 9

- e. Apakah keluhan /komplain ditangani segera mungkin ?

Distribusi responden atas keluhan poli rawat jalan , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.19
Distribusi Responden Atas Keluhan Poli Rawat Jalan Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Tidak komplain
Informan 2 (BS)	Tidak komplain
Informan 3 (Sg)	Tidak ada komplain

Informan 4 (SM)	Tidak komplain
Informan 5 (MN)	Tidak
Informan 6 (SMU)	Tidak ada
Informan 7 (ES)	Pernah komplain, masalahnya karena loket sudah tutup, padahal baru jam 12
Informan 8 (Sp)	Kenapa harus mengambil obat 2 kali, tidak 1 kali saja, menurut apotek memang aturannya
Informan 9 (B)	Dokternya lambat datangnya
Informan 10 (Mb)	Tidak komplain

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden tidak komplain atau mengeluh terhadap pelayanan di poli rawat jalan, sebagian kecil responden ada yang mengeluh karena loket tutup tidak sesuai dengan jam kerja , dan adanya keterlambatan dokter dalam melayani praktek di poli rawat jalan, sebagaimana kotak 8

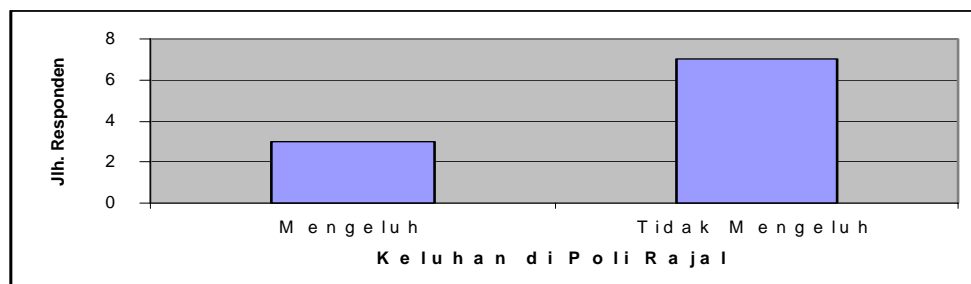
Kotak 8 :

Saya belum pernah komplain, tapi waktu itu saya pernah komplain. masalahnya saya tidak dilayani dengan alasan loket sudah tutup, *padahal baru jam ½ 12, padahal* loket tutup jam 1. Jadi saya marah, selanjutnya saya dilayani.

Informan 7

Mengenai frekwensi distribusi responden terhadap keluhan pada poli rawat jalan di Kota Semarang sebagaimana diagram berikut :

Diagram 3
Distribusi Responden Terhadap Keluhan Pada Poli rawat Jalan Di Kota Semarang Tahun 2006



Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

f. Bagaimana dengan Sikap Petugas Poli Rawat Jalan ?

Disribusi responden atas sikap petugas poli rawat jalan , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.20
Distribusi Responden Atas Sikap Petugas Poli Rawat Jalan Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Sikap Petugas Poli Rajal				
	Keramahan	Ketanggapan	Waktu Tunggu	Komunikasi	Membedakan Pelayanan
Informan 1 (IR)	Cukup ramah	Bagus,Dokter meriksanya teliti	15 menit	Cukup	Tidak dibedakan
Informan 2 (BS)	Cukup ramah	Cukup	Cukup	Baik	Tidak ada perbedaan
Informan 3 (Sg)	Cukup	Cukup	20 menit	Cukup	Dilayani sama
Informan 4 (SM)	Cukup ramah	Teliti	15 menit	Cukup	Tidak dibedakan
Informan 5 (MN)	Cukup baik	Cukup teliti	10 Menit	Baik	Tidak ada
Informan 6 (SMU)	Cukup ramah	Cukup teliti	20 menit	Lancar	Tidak dibedakan
Informan 7 (ES)	Cukup ramah	Cukup teliti.	Kira-kira 15 menit,	Dokter bisa diajak konsul,	Tidak dibedakan
Informan 8 (Sp)	Cukup ramah	Cukup teliti	½ jam	Cukup Baik	Tidak ada
Informan 9 (B)	Kurang ramah	Cukup teliti	20 menit	Cukup Baik	Tidak dibedakan
Informan 10 (Mb)	Cukup ramah	Cukup teliti	½ jam	Cukup Baik	Tidak ada

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa tingkat keramahan petugas di poli rawat jalan sudah dianggap cukup ramah, tingkat ketanggapan/ketelitian dalam pemeriksaan sudah dianggap cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk menunggu pelayanan berkisar antara 10 sampai 30 menit, dapat berkomunikasi dengan baik dengan dokter maupun perawat, dan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum

g. Bagaimana dengan suasana poli rawat Jalan ?

Distribusi responden atas suasana poli rawat jalan , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.21
Distribusi Responden Atas Suasana Poli Rawat Jalan Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Suasana Poli Rajal					
	Brosur leaflet	Ruang Tunggu	Kebersihan	Penerangan	Ketenangan	Keamanan
Informan 1 (IR)	Ada	Luas	Cukup bersih	Bagus	Kurang tenang	Cukup aman
Informan 2 (BS)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 3 (Sg)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 4 (SM)	Bagus	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 5 (MN)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 6 (SMU)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 7 (ES)	Tidak memperhatikan	Luas	Cukup	Bagus	Kurang tenang	Cukup aman
Informan 8 (Sp)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 9 (B)	Tidak memperhatikan	Baik	Bersih	baik	Baik	Baik
Informan 10 (Mb)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Mengenai keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, sebagian besar responden mengetahui, dan sebagian kecil tidak mengetahui atau tidak memperhatikan, mengenai ruang tunggu, semua responden mengatakan ruang tunggu sudah dianggap cukup baik

Mengenai Kebersihan, penerangan, semua responden mengatakan bahwa penerangan di Poli rawat jalan sudah dianggap cukup baik

Mengenai Ketenangan, sebagian besar responden mengatakan suasana sudah tenang, dan sebagian kecil responden mengatakan kurang tenang, mengenai Keamanan, semua responden mengatakan keamanan di Poli rawat jalan sudah dianggap cukup aman

4. Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit

- a. Bagaimana prosedur /persyaratan penerimaan pasien di ruang rawat inap?

Distribusi responden atas prosedur penerimaan pasien pada ruang rawat inap, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.22
Distribusi Responden Atas Prosedur Penerimaan Pasien Pada Ruang Rawat Inap Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Ada surat keterangan dari RS supaya diopname
Informan 2 (BS)	Ada jaminan
Informan 3 (Sg)	Ada jaminan dari askes
Informan 4 (SM)	Tidak susah, hanya antri
Informan 5(MN)	Membawa rujukan dari puskesmas
Informan 6 (SMU)	Membawa surat mondok dari rumah sakit
Informan 7 (ES)	Membawa rujukan atau keterangan
Informan 8 (Sp)	Pakai rujukan, ada surat jaminan
Informan 9 (B)	Mudah sekali
Informan 10 (Mb)	Tidak ada persyaratan yang menyulitkan, membawa kartu askes, dan surat buat mondok.

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa prosedur penerimaan pasien di ruang rawat inap adalah mudah, tidak menyulitkan, sepanjang pasien membawa surat keterangan atau rujukan baik dari Puskesmas maupun provider lain, dan membawa kartu askes.

Persyaratan untuk mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit adalah :

- Membawa Surat Perintah Rawat Inap dari Poli atau Instalasi Unit Gawat Darurat (UGD) Rumah Sakit
- Menunjukkan Kartu Peserta.

b. Bagaimana dengan kemudahan memperoleh ruang inap?

Disribusi responden atas kemudahan memperoleh ruang rawat inap, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.23
Distribusi Responden Atas Kemudahan Memperoleh Ruang Rawat Inap Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Mudah , langsung ada
Informan 2 (BS)	Dititipkan di ruang lain, waktu itu ruang mondok penuh selanjutnya dapat ruang yang sesuai askes, tidak sulit
Informan 3 (Sg)	Menurut saya mudah, ada kamar
Informan 4 (SM)	Mudah. Lancar
Informan 5(MN)	Mudah
Informan 6 (SMU)	Mudah, kalau sesuai dengan golongan askes.
Informan 7 (ES)	Mudah
Informan 8 (Sp)	Tidak sulit
Informan 9 (B)	Mudah sekali
Informan 10 (Mb)	Mudah dapat ruangnya sesuai dengan kelas askes

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa dalam mendapatkan ruang rawat inap adalah mudah, tidak menyulitkan, sepanjang ruang yang akan dipakai sesuai dengan hak pasien. Jjika ruang rawat inap tersebut penuh, maka untuk sementara akan dititipkan pada ruang rawat inap kelas lain. Selanjutnya jika sudah kosong maka pasien akan dikembalikan ke kelas yang sesuai dengan

haknya. Jika responden menempati kelas sesuai dengan haknya, responden mengatakan tidak dikenakan iur biaya.

c. Siapa yang menangani pemeriksaan/ pengobatan di ruang rawat inap?

Disribusi responden atas pemeriksaan pada ruang rawat inap , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.24
Distribusi Responden Atas Pemeriksaan Pada Ruang Rawat Inap Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Yang merawat suster, dan dokter yang memeriksa
Informan 2 (BS)	Yang menangani Perawat dengan Dokter
Informan 3 (Sg)	Yang melakukan pemeriksaan Perawat dengan Dokter
Informan 4 (SM)	Perawat dan Dokter
Informan 5(MN)	Diperiksa oleh Perawat dan Dokter
Informan 6 (SMU)	Dilayani oleh Dokter dan perawat.
Informan 7 (ES)	Yang merawat suster, tapi yang mengobati dokter, dia juga profesor
Informan 8 (Sp)	Perawat dan Dokter
Informan 9 (B)	Dokter dengan suster
Informan 10 (Mb)	Oleh Perawat dan Dokter

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa dalam pengobatan di ruang rawat inap dilayani oleh dokter dan perawat, dokter spesialis , bahkan juga profesor.

d. Bagaimana dengan beban/biaya pemeriksaan/pengobatan pada ruang rawat inap?

Disribusi responden atas beban/biaya pemeriksaan pada ruang rawat inap, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.25
Distribusi Responden Atas Beban/Biaya Pemeriksaan Ruang Rawat Inap Di
Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Tidak ada biaya, karena menggunakan sesuai dengan hak
Informan 2 (BS)	Ada iur biaya , tidak besar biayanya.
Informan 3 (Sg)	Tidak ada tambahan
Informan 4 (SM)	Tidak ada biaya
Informan 5(MN)	Tidak ada, tidak dikenai, mengambil sesuai kelas dari askes
Informan 6 (SMU)	Biaya perawatan tidak ada , karena dikelas sesuai golongan askes
Informan 7 (ES)	Seharusnya dikelas 1, tapi saya minta di VIP, jadi kena biaya, dikenakan biaya sekitar 900 ribuan dari tagihan 5 juta. Yang kedua saya dirawat , dikenakan biaya sekitar 158 ribu, dari jumlah biaya sekitar 3 jutaan
Informan 8 (Sp)	Ada biaya waktu mau pulang, kira-kira tujuh puluh ribu.
Informan 9 (B)	Tidak ada biaya, karena dirawat sesuai dengan hak yang ada di kartu
Informan 10 (Mb)	Tidak ada biaya, asal mau sesuai golongan dari askes.

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden mengatakan bahwa tidak ada biaya tambahan (iur biaya) dalam menerima pelayanan di poli rawat inap asal dirawat sesuai dengan haknya, dan sebagian kecil responden mengatakan bahwa ada biaya tambahan (iur biaya) yang dikarenakan pindah kelas, dimana seharusnya dirawat sesuai dengan haknya dikelas 1, namun pindah ke kelas VIP.

Besaran iur biaya yang ditanggung responden berkisar antara Rp. 900.000 untuk biaya pelayanan sebesar Rp. 5.000.000 dan iur biaya Rp. 158.000 untuk biaya pelayanan sebesar Rp. 3.000.000. Besaran iur biaya tersebut tidak merupakan masalah bagi responden., seperti disebutkan pada kotak 9

Kotak 9:

“.....Waktu itu saya dirawat, seharusnya dikelas 1, tapi saya minta di VIP, jadi kena biaya, jumlah biaya sekitar 5 juta lebih, terus saya dikenakan biaya sekitar 900 ribuan, yang kedua saya dirawat lagi, jumlah biaya sekitar 3 *jutaan*, saya dikenakan biaya sekitar 158 ribu, menurut saya tidak masalah”

Responden 9

e. Bagaimana dengan obat yang disediakan ruang rawat inap ?

Disribusi responden atas obat yang disediakan pada ruang rawat inap, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.26
Distribusi Responden Atas Obat Yang Disediakan Ruang Rawat Inap Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Obat disediakan RS sesuai dengan resep, namun ada keheranan , dikasih infus 5, baru digunakan 2, susternya sudah minta infus 5 lagi.
Informan 2 (BS)	Cukup sesuai dengan yang dibutuhkan pasien, sesuai dengan resep
Informan 3 (Sg)	Obat disedakan oleh rumah sakit , cukup
Informan 4 (SM)	Tidak semua obat disediakan RS, sebagian saya membeli sendiri
Informan 5(MN)	Cukup, tapi ada sebagian saya beli sendiri, tidak masuk askes , padahal saya minta obat askes
Informan 6 (SMU)	Semua obat tersedia di rumah sakit,
Informan 7 (ES)	Bagus, tidak ada suster yang main-main dengan obat, obat menyembuhkan
Informan 8 (Sp)	Semua obat disediakan RS, baik.
Informan 9 (B)	Bagus, lengkap
Informan 10 (Mb)	Bagus, obat disediakan oleh rumah sakit

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian responden mengatakan obat yang disediakan oleh ruang rawat inap rumah sakit cukup baik, sebagian responden lagi mengatakan tidak semua obat disediakan rumah sakit, terdapat responden yang kurang puas terhadap

pelayanan obat tersebut, kurang puasnya responden disebabkan komunikasi antara paramedis dan pasien, ketika pasien menganggap persediaan infus masih ada dan disimpan oleh perawat, namun pasien sudah harus mengambil/menebus infus lagi, dan ketika hal tersebut ditanyakan kepada perawat, yang bersangkutan marah. Hal ini terlihat pada kotak 10

Kotak 10:

“.....obat disediakan rumah sakit sesuai dengan resep, *cuma* herannya kok saya dikasih infus 5, baru digunakan 2, susternya sudah minta infus 5 lagi, *la* yang 3 tadi kan belum dipakai, terus buat apa?, saya tanyakan ke suster, malah marah...”

f. Bagaimana dengan Keluhan/komplain di ruang rawat inap ?

Disribusi responden atas keluhan pada ruang rawat inap, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.27
Distribusi Responden Atas Keluhan Ruang Rawat Inap Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Keluhan dengan dokter adalah obat yang diberikan mempunyai efek samping, yaitu mencret, selanjutnya diganti dengan obat lain Keluhan dengan suster adalah pelayanan kurang ramah, sering marah .
Informan 2 (BS)	Tidak ada keluhan
Informan 3 (Sg)	Tidak ada keluhan
Informan 4 (SM)	Tidak ada keluhan
Informan 5(MN)	Tidak ada keluhan
Informan 6 (SMU)	Tidak ada
Informan 7 (ES)	Tidak komplain.
Informan 8 (Sp)	Tidak komplain

Informan 9 (B)	Tidak komplain, menerima saja
Informan 10 (Mb)	Saya tidak ada komplain

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden tidak melakukan komplain /mengeluh terhadap pelayanan di poli rawat inap, pelayanan dianggap baik dan wajar, namun masih ada responden yang mengeluh karena tindakan dokter yang memberi obat yang berdampak pada adanya efek samping dari minum obat tersebut (mencret), disamping perawat yang dirasakan tidak ramah terhadap responden

g. Bagaimana prosedur kepulangan pasien dari ruang rawat inap?

Distribusi responden atas kepulangan pasien dari ruang rawat inap, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.28
Distribusi Responden Atas Kepulangan Dari Ruang Rawat Inap Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Tidak masalah, lancar
Informan 2 (BS)	Tidak berbelit-belit, mudah
Informan 3 (Sg)	Mudah dan lancar
Informan 4 (SM)	Tidak ada kesulitan, mengisi administrasi, pulang
Informan 5(MN)	Mudah, persyaratan mudah
Informan 6 (SMU)	Prosedur mudah, memberi tahu perawat, meyelesaikan administrasi
Informan 7 (ES)	Mudah, mengurus administrasi, terus pulang.
Informan 8 (Sp)	Tidak ada kesulitan, gampang
Informan 9 (B)	Mengurus administrasi , tidak masalah, lancar
Informan 10 (Mb)	Prosedurnya tidak ada kesulitan, mendatangi bagian administrasi, tandatangan , pulang

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa prosedur kepulangan pasien dari poli rawat inap Rumah Sakit tidak berbelit-belit, mudah dan lancar

h. Bagaimana dengan Sikap Petugas Poli Rawat Inap ?

Disribusi responden atas sikap petugas ruang rawat inap, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.29
Distribusi Responden Atas Sikap Petugas Ruang Rawat Inap Di Kota Semarang, Tahun 2006

No	Informan	Sikap Petugas Poli Ranap				
		Keramahan	Ketanggapan	Waktu Pemeriksaan	Komunikasi	Membedakan Pelayanan
1	Informan 1 (IR)	Dokter ramah, tapi susteranya kurang	Kalau dokter bagus, tapi suster kurang	Dokter memeriksa 5 menit,	Dengan suster kurang	S Tidak berbeda
2	Informan 2 (BS)	Cukup Ramah	Cukup	Cukup	Cukup	Tidak ada perbedaan
3	Informan 3 (Sg)	Cukup	Cukup	Baik	Baik	Tidak ada
4	Informan 4 (SM)	Cukup Ramah	Cukup	Cukup	Cukup	Tidak ada perbedaan
5	Informan 5 (MN)	Cukup	Cukup	20 menit	Cukup	Tidak ada perbedaan
6	Informan 6 (SMU)	Ramah	Kurang	Cukup	Baik	Tidak dibedakan
7	Informan 7 (ES)	Ramah	Teliti	10 menit	Bisa konsul	Tidak dibedakan
8	Informan 8 (Sp)	Cukup	Cukup	5 menit	Cukup	Tidak ada perbedaan
9	Informan 9 (B)	Ramah.	Termasuk teliti. .	Dokter 10 menit, suster 5 menit	Bisa konsul	Tidak dibedakan.
10	Informan 10 (Mb)	Cukup	Cukup	5 menit	Bagus	Tidak ada perbedaan

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden mengatakan bahwa tingkat keramahan petugas di ruang rawat inap sudah dianggap cukup ramah, dan sebagian kecil menganggap terkesan kurang ramah, karena ada perawat yang suka marah.

Sebagian besar responden mengatakan tingkat ketanggapan/ketelitian sudah dianggap cukup baik, dan sebagian kecil responden menganggap masih ada perawat yang kurang tanggap. Waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan /pemeriksaan berkisar antara 5 sampai 10 menit,

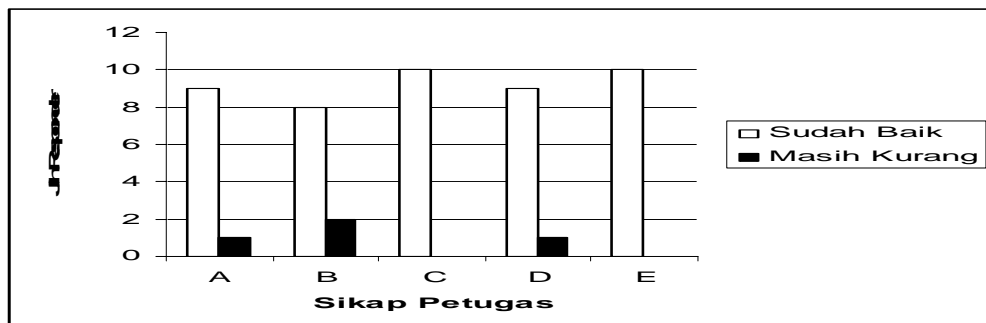
Dalam hal berkomunikasi, sebagian besar responden dapat berkomunikasi dengan baik dengan dokter maupun paramedis, sebagian kecil sulit berkomunikasi dengan perawat, suster kalau tidak dipanggil tidak datang, dalam hal pelayanan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum. Hal ini dapat terlihat pada kotak 11

Kotak 11 :

“..... ya itu tadi, kalau dokter ramah, tapi susternya itu wah, marah terus”
Responden 1

Distribusi frekwensi responden terhadap sikap petugas ruang rawat inap, dapat dilihat pada diagram berikut :

Diagram 4
Distribusi Frekwensi Responden Terhadap Sikap Petugas Ruang Ranap, Di Kota Semarang, Tahun 2006



Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Keterangan

A : Keramahan

B: Ketanggapan/Ketelitian

C : Waktu Tunggu

D : Komunikasi

E : Membedakan

Sudah Baik : cukup, baik, tidak membedakan pelayanan

Masih Kurang : kurang ramah, membedakan pelayanan

i. Bagaimana dengan Suasana Poli Rawat Inap ?

Distribusi responden atas suasana ruang rawat inap, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.30
Distribusi Responden Atas Suasana Ruang Rawat Inap Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Suasana Poli Ranap						
	Brosur leaflet	Ruang Tung- gu	Makan- an	Keber- sihan	Penera- ngan	Kete- nang- an	Kea- man- an
Informan 1 (IR)	Ada	Bersih dan luas	Makan-an tidak dimakan karena disajikan tidak pakai piring	Cukup bersih	Bagus, sudah cukup	Cukup tenang	Aman saja.
Informan 2 (BS)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 3 (Sg)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 4 (SM)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 5 (MN)	Ada	Cukup	Kurang	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 6 (SMU)	Ada	Cukup	Cukup	Baik	Cukup	Cukup	Aman
Informan 7 (ES)	Kurang memperhatikan	Baik	Baik	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 8 (Sp)	Tidak tahu	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 9 (B)	Kurang memperhatikan	Baik, luas	Baik	Cukup bersih	Sudah cukup	Cukup tenang	Aman
Informan 10 (Mb)	Ada	Cukup	Cukup	Baik	Cukup	Cukup	Aman

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Mengenai keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, sebagian besar responden mengetahui, dan sebagian kecil tidak mengetahui atau tidak memperhatikan

Mengenai ruang tunggu, semua responden mengatakan ruang tunggu sudah dianggap cukup baik

Mengenai makanan, sebagian besar responden mengatakan makanan cukup bergizi, walaupun kurang enak, ada responden yang tidak mau makan makanan dari Rumah Sakit karena masalah penyajian, dimana makanan disajikan melalui baki yang ada kotak-kotaknya, tidak disajikan melalui piring, sehingga kalau mau makan dirasakan mual. Hal ini terlihat pada kotak 12

Kotak 12:

“..... saya gak pernah makan makanan dari rumah sakit, mual. Masalahnya disajikan *pake* baki yang ada kotaknya, *ndak pake piring*, makan dari rumah

Responden 1

Mengenai Kebersihan, semua responden mengatakan kebersihan di ruang rawat inap dianggap sudah baik

Mengenai Penerangan, semua responden mengatakan bahwa penerangan di ruang rawat inap sudah dianggap cukup baik

Mengenai Ketenangan, semua responden mengatakan suasana cukup tenang

Mengenai Keamanan, semua responden mengatakan keamanan di Poli rawat inap sudah dianggap cukup aman

5. Pelayanan Obat di Apotek

a. Bagaimana Prosedur/persyaratan penyerahan resep dan penerimaan obat?

Disribusi responden atas persyaratan penyerahan resep di apotek, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 4.31

Distribusi Responden Atas Persyaratan Penyerahan Resep Pada Apotek Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Membawa surat jaminan dari RS, lalu diserahkan ke petugas, sederhana saja
Informan 2 (BS)	Mudah, daftar dapat nomor antri , lalu dapat obat

Informan 3 (Sg)	Persyaratan mudah, dapat nomor antri , dapat obat
Informan 4 (SM)	Syarat untuk mendapatkan obat cukup mudah, membawa resep dan Kartu, nunggu, dapat obat
Informan 5 (MN)	Membawa rujukan, sjp , antri nomor
Informan 6 (SMU)	Prosedur tidak sulit, mudah, membawa sjp dan kartu askes.
Informan 7 (ES)	Mudah, antri dapat nomor, nunggu obat
Informan 8 (Sp)	Cukup mudah, membawa resep dan Kartu, dapat nomor antri nunggu panggilan dapat obat
Informan 9 (B)	Tidak sulit, menyerahkan resep, dapat nomor antri, ditunggu lalu dapat obat.
Informan 10 (Mb)	Sangat mudah, yaitu menyerahkan resep dengan SJP dan rujukan, nunggu, lalu diberi obat.

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa prosedur penerimaan obat di apotek adalah mudah, sepanjang pasien membawa rujukan dari puskesmas, SJP dari rumah sakit, selanjutnya pasien daftar di loket yang tersedia, mendapatkan nomor antri untuk mendapat pelayanan penerimaan obat .

Untuk mendapatkan pelayanan obat di apotek maka persyaratan adalah sebagai berikut :

- a). Bila peserta mendapat resep obat biasa maka peserta :
 - Menyerahkan resep yang telah dilegalisir
 - Menyerahkan SJP lembar ke-dua
 - Menunjukkan Kartu Askes.
- b). Bila peserta mendapat resep obat khusus :
 - Menyerahkan resep dan protokol terapi ataupun keterangan khusus lain yang telah dilegalisir
 - Menyerahkan SJP lembar ke-dua
 - Menunjukkan Kartu Askes.

- b. Bagaimana dengan obat yang diterima , apakah sesuai dengan resep?

Disribusi responden atas obat yang diterima , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 4.32
Distribusi Responden Atas Obat Yang Diterima Dari Apotek Di Kota
Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Obat yang diterima sesuai dengan resep
Informan 2 (BS)	Menerima obat, sesuai dengan resep
Informan 3 (Sg)	Obat diberi sesuai dengan resep dokter
Informan 4 (SM)	Obat yang masuk askes diterima cukup, yang tidak masuk askes beli sendiri
Informan 5 (MN)	Obat sesuai dengan resep, jika tidak lengkap biasanya diberi penjelasan oleh petugas
Informan 6 (SMU)	Sesuai dengan resep, tapi ada obat diluar askes
Informan 7 (ES)	Sama dengan resep, cuma obat kalesterol memang tidak ditanggung askes
Informan 8 (Sp)	Sesuai
Informan 9 (B)	Sesuai dengan resep, ada obat yang diluar askes, satu obat.
Informan 10 (Mb)	Obat yang diterima sesuai dengan resep dokter, tetapi kadang-kadang ada obat yang tidak masuk askes, dan membeli sendiri

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Masih ada responden mengatakan bahwa obat yang diberikan apotek belum seluruhnya sesuai dengan obat yang diresepkan oleh dokter, dan biasanya petugas memberi penjelasan untuk ditukar dengan obat yang setara

c. Bagaimana bila obat askes yang diresepkan tidak tersedia di apotek ?

Distribusi responden atas ketersediaan obat pada apotek , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 4.33
Distribusi Responden Atas Ketersediaan Obat Pada Apotek Di Kota
Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Belum pernah , kalau dokter mau meresepkan obat diluar askes , dokter memberi tahu dulu.
Informan 2 (BS)	Belum pernah
Informan 3 (Sg)	Beli obat diapotek yang sama, sekitar 27 ribu

Informan 4 (SM)	Beli sendiri, kebetulan tidak mahal
Informan 5 (MN)	Saya belum pernah, obat selalu ada diapotek
Informan 6 (SMU)	Beli sendiri diapotek lain, ada satu obat tidak masuk daftar askes dan dibeli 11.000 an
Informan 7 (ES)	Selalu ada.
Informan 8 (Sp)	Tidak tahu, karena sesuai
Informan 9 (B)	Sebenarnya diganti sama apotek, katanya obatnya sama, tapi saya kurang mantap. Obat tidak ada diapotek katanya diluar askes.
Informan 10 (Mb)	Beli sendiri,sebagusnya semua obat harus ada, jadi tidak merepotkan

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden mengatakan bahwa masih ada obat askes (DPHO) yang diresepkan dokter tidak tersedia di apotek, untuk obat-obat tersebut responden umumnya beli sendiri di apotek lain, ada upaya apotek untuk mengganti obat tersebut dengan yang setara. Obat yang dibeli sendiri oleh responden berkisar antara Rp. 11.000 sampai dengan Rp. 27.000. Hal ini terlihat pada kotak 13

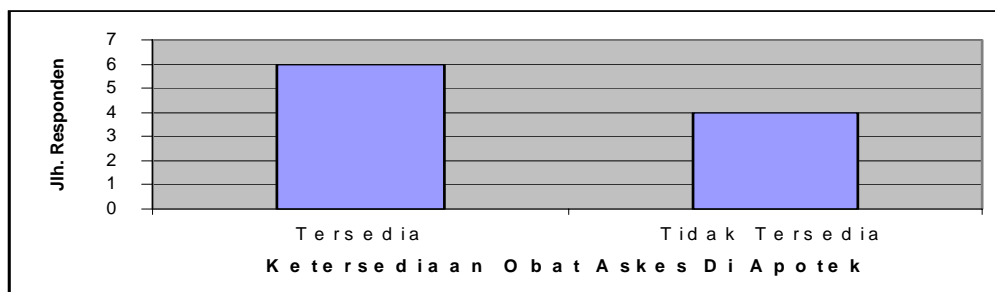
Kotak 13 :

“..... ada obat yang diresepkan, tapi tidak masuk askes, saya beli obat diapotek yang sama, sekitar 27 ribu, *lumayan berat buat saya...*”

Responden 3

Distribusi frekwensi responden terhadap ketersediaan obat di apotek , dapat dilihat pada diagram berikut :

Diagram 5
Distribusi Frekwensi Responden Terhadap Ketersediaan Obat Pada Apotek Di Kota Semarang, Tahun 2006



Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

d. Apakah Apotek mudah dijangkau?

Disribusi responden atas keterjangkauan jarak apotek , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 4.34
Distribusi Responden Atas Keterjangkauan Jarak Apotek Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Letaknya diluar rumah sakit, tapi masih dekat.
Informan 2 (BS)	Mudah dijangkau
Informan 3 (Sg)	Apotek dekat rumah sakit, mudah dijangkau
Informan 4 (SM)	Dekat
Informan 5 (MN)	Mudah, dekat rumah sakit
Informan 6 (SMU)	Dekat rumah sakit
Informan 7 (ES)	Mudah, tapi sekarang pintu ditutup, mutar, jauh, jadi cape sekali.
Informan 8 (Sp)	Cukup dekat, walaupun diluar Rumah sakit
Informan 9 (B)	Mudah, tapi sekarang agak susah, masalahnya pintu yang ke sanafarma ditutup oleh rumah sakit, jadi jalannya mutar.
Informan 10 (Mb)	Dekat dengan rumah sakit, gampang

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa apotek mudah dijangkau, dekat dengan rumah sakit. Sebagian kecil responden agak mengeluh dengan dialihkannya pintu gerbang rumah sakit untuk pejalan kaki, sehingga responden jika ingin ke apotek harus jalan memutar.

e. Bagaimana dengan beban/ biaya obat dalam mendapatkan obat di apotek?

Disribusi responden atas biaya obat, dapat digambarkan sebagaimana table berikut:

Tabel 4.35
Distribusi Responden Atas biaya obat Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Untuk obat askes tidak ada biaya, tapi obat diluar askes ya beli diluar
Informan 2 (BS)	Tidak ada biaya
Informan 3 (Sg)	Obat yang masuk askes, tidak ada biaya, tapi obat yang tidak masuk askes beli sendiri, sekitar 27 ribuan
Informan 4 (SM)	Yang masuk askes tidak ada biaya, yang diluar askes ringan biayanya
Informan 5 (MN)	Tidak ada
Informan 6 (SMU)	Tidak ada, kecuali obat yang diluar askes.
Informan 7 (ES)	Tidak ada
Informan 8 (Sp)	Tidak ada biaya
Informan 9 (B)	Tidak ada biaya lain
Informan 10 (Mb)	Apabila obat tidak masuk askes, saya beli sendiri, yang masuk askes tidak ada biaya,

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa tidak ada biaya tambahan dalam menerima obat yang sesuai dengan obat askes (DPHO), tapi obat yang tidak masuk askes dibeli sendiri oleh responden, harga obat masih terjangkau yaitu antara Rp.11.000 sampai dengan Rp. 27.000

- f. Apakah keluhan /komplain ditangani dengan segera oleh apotek ?

Distribusi responden atas keluhan apotek, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 4.36
Distribusi Responden Atas Keluhan Apotek Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Saya tidak tahu, belum komplain
Informan 2 (BS)	Tidak ada keluhan
Informan 3 (Sg)	Tidak ada keluhan

Informan 4 (SM)	Tidak ada komplain
Informan 5 (MN)	Tidak ada
Informan 6 (SMU)	Tidak ada keluhan
Informan 7 (ES)	Tidak ada komplain.
Informan 8 (Sp)	Tidak ada
Informan 9 (B)	Tidak ada.
Informan 10 (Mb)	Tidak komplain

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden tidak melakukan komplain terhadap pelayanan di apotek karena pelayanan dianggap wajar, hal ini terjadi karena ada komunikasi atau penjelasan dari pihak apotek terhadap obat-obat baik menyangkut obat askes maupun obat-obat yang diluar obat askes (non-DPHO).

g. Bagaimana dengan sikap Petugas Apotek

Disribusi responden atas sikap petugas apotek, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 4.37
Distribusi Responden Atas Sikap Petugas Apotek Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Sikap Petugas Apotek				
	Keramah-an	Ketanggapan	Waktu Tunggu	Informasi obat	Membedakan Pelayanan
Informan 1 (IR)	Kurang ramah	Bagus, cukup teliti	1 jam	Tidak ada penjelasan	Tidak ada
Informan 2 (BS)	Cukup ramah	Cukup	10 menit	Diberitahu cara minum obat	Tidak ada perbedaan
Informan 3 (Sg)	Cukup ramah	cukup	15 menit	Dijelaskan	Tidak ada perbedaan
Informan 4 (SM)	Cukup ramah	Cukup	20 menit	Dijelaskan	Tidak ada perbedaan

Informan 5 (MN)	Baik	Cukup	1 jam	Dijelaskan	Tidak ada perbedaan
Informan 6 (SMU)	Cukup	Bagus	Kurang 1 jam	Dijelaskan	Tidak ada
Informan 7 (ES)	Cukup ramah	Teliti	30 sampai 45 menit	Saya yang aktif nanya	Tidak ada
Informan 8 (Sp)	Ramah	Cukup	30 menit	Dijelaskan	Tidak ada
Informan 9 (B)	Baik	Baik, teliti	¼ jam	Tanya sendiri	Tidak dibedakan
Informan 10 (Mb)	Ramah	Teliti	½ jam	Dijelaskan	Tidak ada

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden mengatakan bahwa tingkat keramahan petugas di apotek sudah dianggap cukup ramah, ada responden yang menganggap petugas kurang ramah, karena terlihat terburu-buru, sibuk dan tegang.

Semua responden mengatakan tingkat ketanggapan/ketelitian sudah dianggap cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan obat berkisar antara 10 menit sampai 1 jam.

Dalam hal informasi obat, sebagian besar responden mendapat penjelasan dari petugas apotek yaitu tentang tatacara minum obat, dan sebagian kecil responden mendapat informasi dari petugas apotek karena bertanya terlebih dahulu, dalam hal pelayanan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum.

h. Bagaimana dengan suasana Apotek ?

Disribusi responden atas suasana apotek , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 4.38
Distribusi Responden Atas Suasana Apotek Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Sikap Petugas PT Askes					
	Brosur leaflet	Ruang Tunggu	Kebersihan	Penerangan	Ketenangan	Keamanan
Informan 1 (IR)	Tidak melihat	Kurang luas	Kurang	Cukup	Kurang tenang	Aman
Informan 2 (BS)	Tidak memperhatikan	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 3 (Sg)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup aman
Informan 4 (SM)	Tidak tahu	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 5 (MN)	Tidak tahu	Kurang	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 6 (SMU)	Tidak tahu	Cukup	Kurang	Cukup	Baik	Aman
Informan 7 (ES)	Tidak melihat	Baik	Toilet kotor	Cukup	Bagus	Baik
Informan 8 (Sp)	Tidak tahu	Cukup	Kurang	Cukup	Cukup	Baik
Informan 9 (B)	Ndak melihat	Banyak yang berdiri	Baik	Cukup	Baik	Baik
Informan 10 (Mb)	Tidak tahu	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Aman

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

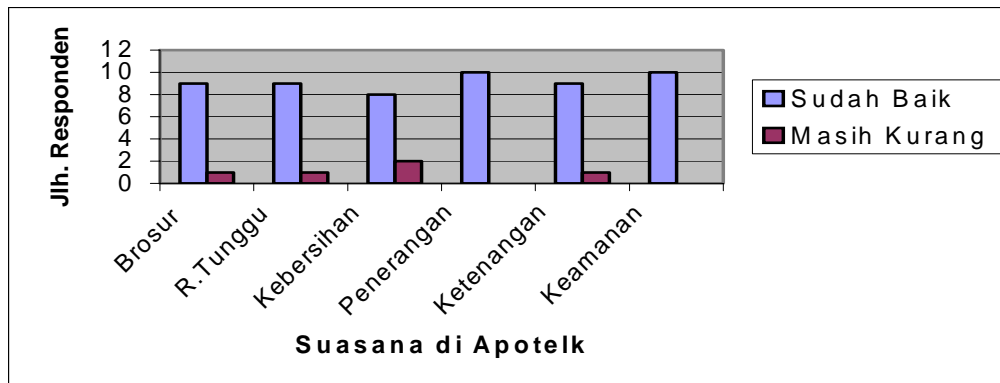
Mengenai keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, sebagian besar responden tidak mengetahui, tidak memperhatikan atau tidak melihat, mengenai ruang tunggu, sebagian besar responden mengatakan sudah cukup baik, sebagian kecil responden mengatakan kurang luas, karena ada pasien yang berdiri.

Mengenai Kebersihan, sebagian besar responden mengatakan sudah cukup bersih, sebagian kecil responden mengatakan kurang bersih , karena tempat sampah terbuka, dan toilet dianggap kurang bersih.

Mengenai Penerangan, ketenangan, dan keamanan semua responden mengatakan bahwa sudah dianggap cukup baik

Distribusi frekwensi responden terhadap suasana apotek , dapat dilihat pada diagram berikut :

Diagram 6
Distribusi Frekwensi Responden Terhadap Suasana Apotek Di Kota Semarang, Tahun 2006



Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

6. Pelayanan kacamata di Optik

a. Bagaimana prosedur/persyaratan penyerahan resep kacamata?

Distribusi responden atas prosedur penyerahan resep kacamata pada optikal , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.39
Distribusi Responden Atas Persyaratan Penyerahan Resep Kacamata Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Ada rujukan, fotocopy kartu askes, petugasnya itu tidak menjelaskan berapa lembar fotocopy yang dibutuhkan..
Informan 2 (BS)	Ditanya, diukur, menyerahkan rujukan dan resep kacamata serta kartu askes
Informan 3 (Sg)	Membawa fotocopy askes dan resep kacamata
Informan 4 (SM)	Membawa resep dari RS, diukur
Informan 5 (MN)	Membawa resep dari rumah sakit, dan kartu askes asli, datang ke optik yang ditunjuk
Informan 6 (SMU)	Membawa fotocopy dan kartu askes asli serta resep dari rumah sakit
Informan 7 (ES)	Dapat resep dari rumah sakit, terus datang ke optik
Informan 8 (Sp)	Membawa resep dari rumah sakit, diukur

Informan 9 (B)	Mudah, menyerahkan rujukan, surat dari rumah sakit, diperiksa lagi, milih kaca mata.
Informan 10 (Mb)	Cukup mudah, membawa askes asli, resep kaca mata dan rujukan

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden mengatakan bahwa prosedur penyerahan dan penerimaan kaca mata di optikal, adalah mudah, sepanjang pasien membawa resep kaca mata dari rumah sakit, fotocopy kartu askes, sebagian kecil menganggap kurang mudah, karena pihak optik tidak menjelaskan persyaratan kebutuhan lembar fotocopy yang diperlukan oleh responden.

b. Apakah Optik mudah dijangkau ?

Distribusi responden atas kemudahan dijangkaunya jarak optikal , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.40
Distribusi Responden Atas Kemudahan Jangkauan Jarak Optikal, Di Kota Semarang, Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Mudah dijangkau, karena pakai sepeda motor, tapi kalau naik angkot jauh dan kurang praktis
Informan 2 (BS)	Termasuk Mudah
Informan 3 (Sg)	Termasuk Mudah
Informan 4 (SM)	Jauh, tapi mudah dijangkau
Informan 5 (MN)	Mudah ada kendaraan umum
Informan 6 (SMU)	Sebenarnya mudah, tapi karena kurang tahu jalan, jadi sulit
Informan 7 (ES)	Jauh, di jalan mataram, tapi mudah dicari.
Informan 8 (Sp)	Mudah
Informan 9 (B)	Mudah dicari, ditengah kota, optik internasional
Informan 10 (Mb)	Mudah dijangkau, dekat jalan besar, ada mobil umum

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa optikal mudah dijangkau, dekat dengan jalan besar dan dilalui oleh kendaraan umum.

c. Bagaimana dengan nilai ganti kacamata dari optikal ?

Disribusi responden atas nilai ganti kacamata , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.41
Distribusi Responden Atas Nilai ganti Kacamata Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Diganti seratus ribu, padahal biaya membuat kacamata seratus duapuluh lima ribu
Informan 2 (BS)	Cukup, kalau kita tidak mau macam-macam, yang penting bisa buat baca
Informan 3 (Sg)	Cukup
Informan 4 (SM)	Yang diganti hanya kacanya saja, seratus ribu
Informan 5 (MN)	Nilai ganti cukup untuk kacamata sederhana, tidak perlu menambah harga
Informan 6 (SMU)	Cukup, yang penting bisa untuk baca
Informan 7 (ES)	Kecil sekali, hanya diganti untuk kacanya saja, sedangkan frame tidak diganti, habis 500 ribu diganti cuma 50 ribu.
Informan 8 (Sp)	Kalau mau kacamata yang biasa-biasa saja cukup dari askes saja, tidak ada tambahan
Informan 9 (B)	Diganti 100.000, memang kurang
Informan 10 (Mb)	Nilai ganti cukup, pakai kacamata dobel, untuk jauh dan dekat dan dikenai tambahan 30.000, masih terjangkau

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden mengatakan bahwa nilai ganti kacamata dianggap cukup, sepanjang digunakan sesuai dengan fungsi kacamata, yaitu untuk melihat atau untuk membaca, sebagian kecil menganggap kurang karena ingin membeli kacamata diluar harga standar askes, responden harus menambah antara Rp. 25.000 sampai dengan Rp. 450.000. Untuk responden yang harus menambah biaya kisaran Rp. 25.000 terkesan tidak merasa keberatan, namun untuk yang menambah Rp. 450.000, terasa berat. Hal ini dapat terlihat pada kotak 14

Kotak 14 :

“..... nilai ganti cukup untuk kacamata sederhana, tidak perlu menambah harga kacamata”

Responden

d. Apakah keluhan ditangani dengan segera mungkin oleh optikal?

Disribusi responden atas keluhan, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.42
Distribusi Responden Atas Keluhan Optikal Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Jawaban
Informan 1 (IR)	Keluhan ada, waktu petugas menyuruh fotocopy kartu askes dan rujukan, tidak menyebutkan berapa rangkap sehingga saya bingung,
Informan 2 (BS)	Tidak mengeluh
Informan 3 (Sg)	Tidak mengeluh
Informan 4 (SM)	Tidak mengeluh
Informan 5 (MN)	Tidak ada mengeluh
Informan 6 (SMU)	Tidak mengeluh
Informan 7 (ES)	Tidak mengeluh ke optik.
Informan 8 (Sp)	Tidak mengeluh
Informan 9 (B)	Tidak mengeluh
Informan 10 (Mb)	Tidak ada keluhan

Sumber : Data Primer Terolah, Maret 2006

Sebagian besar responden tidak melakukan komplain terhadap pelayanan di optikal, pelayanan sudah dianggap baik, sebagian kecil responden mengeluh, hal ini terjadi karena kurang informasi dari petugas optikal tentang jumlah lembar fotocopy yang harus disiapkan oleh responden.

e. Bagaimana dengan sikap petugas optikal ?

Disribusi responden atas sikap petugas optikal, dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.43
Distribusi Responden Atas Sikap Petugas Optik Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Sikap Petugas Apotek				
	Keramah-an	Ketanggapan	Waktu Tunggu	Informasi obat	Membedakan Pelayanan
Informan 1 (IR)	Biasa-biasa saja	Teliti sekali	Selesai 2 hari	Informatif sekali,	Tidak
Informan 2 (BS)	Ramah	Sangat teliti	Tidak lama	Dijelaskan	Tidak
Informan 3 (Sg)	Cukup Ramah	Cukup	1 jam	Dijelaskan	Tidak ada
Informan 4 (SM)	Ramah	Teliti	3 Hari	Dijelaskan	Tidak ada
Informan 5 (MN)	Baik	Cukup	1 hari	Dijelaskan	Tidak ada
Informan 6 (SMU)	Ramah	Baik	Bisa ditunggu	Dijelaskan	Tidak ada
Informan 7 (ES)	Sangat ramah	Teliti sekali	1 hari	Dijelaskan dengan detail	Tidak dibedakan
Informan 8 (Sp)	Ramah	Teliti	1 hari	Dijelaskan	Tidak ada
Informan 9 (B)	Ramah sekali	Teliti sekali, diukur lagi	2 jam selesai	Dijelaskan	Tidak
Informan 10 (Mb)	Sangat baik	Cukup	1 hari	Dijelaskan	Tidak ada

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Semua responden mengatakan bahwa tingkat keramahan petugas di optikal sudah dianggap cukup ramah, semua responden mengatakan tingkat ketanggapan/ketelitian sudah dianggap cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan kacamata berkisar antara 1 jam sampai 3 hari.

Dalam hal informasi kacamata, semua responden mendapat penjelasan dari petugas optikal, berkaitan dengan tatacara memakai, memelihara kacamata, dalam hal pelayanan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum.

f. Bagaimana dengan suasana Optikak ?

Disribusi responden atas Suasana Optikak , dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.44
Distribusi Responden Atas Suasana Optikak Di Kota Semarang,
Tahun 2006

Informan	Suasana optikal					
	Brosur leaflet	Ruang Tunggu	Kebersihan	Penerangan	Ketenangan	Keamanan
Informan 1 (IR)	Ada	Besar, bagus	Nyaman , toilet bagus	Cukup	tenang	Ada satpam, bagus
Informan 2 (BS)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Aman
Informan 3 (Sg)	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup
Informan 4 (SM)	Tidak tahu	Bagus	Bersih	Cukup	Tenang	Aman
Informan 5 (MN)	Ada	Baik	Bersih	Cukup	Baik	Baik
Informan 6 (SMU)	Ada	Baik	Cukup	Baik	Baik	Aman
Informan 7 (ES)	Ada, gambar kacamatanya	Lumayan	Bagus	Cukup	Baik	Baik
Informan 8 (Sp)	Ada	Cukup	Cukup	Cukup	Aman	Tenang
Informan 9 (B)	Tidak melihat	Baik sekali	Baik	Baik	Baik	Baik
Informan 10 (Mb)	Banyak brosur	Cukup	Bersih	Cukup	Tenang	Aman

Sumber : Data Primer terolah, Maret 2006

Mengenai keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, sebagian besar responden mengetahui adanya brosur, dan sebagian kecil tidak memperhatikan, mengenai ruang tunggu, semua responden mengatakan sudah cukup baik.

Mengenai kebersihan, semua responden mengatakan sudah cukup bersih, toilet juga bersih, mengenai penerangan, semua responden mengatakan bahwa penerangan di optikal sudah dianggap cukup baik

Mengenai Ketenangan, semua responden mengatakan suasana cukup tenang, mengenai keamanan, semua responden mengatakan keamanan di optikal sudah dianggap cukup aman

C. Wawancara Mendalam Untuk Crosscheck

Wawancara mendalam untuk crosscheck atas jawaban responden dilakukan kepada PT Askes dan provider, yaitu :

1. Kepala PT. Askes Cabang Semarang, mengenai :

- a. Kegiatan kemitraan dengan provider yang dilakukan oleh PT Askes Semarang :
 - 1) Dengan Rumah Sakit, telah melakukan sosialisasi kepada dokter ahli tentang obat-obat Askes (DPHO), melakukan pelayanan satu atap yang disebut dengan program pelayanan administrasi terpadu rumah sakit (PPATRS) yaitu program yang mendekatkan pelayanan kepada peserta
 - 2) Dengan apotek, telah melakukan pemantauan obat, pemantauan dilakukan terhadap ketersediaan obat di apotek, meminimalisasi waktu menunggu obat dengan cara menetapkan standar waktu tunggu.
 - 3) Dengan optikal, telah melakukan pembinaan dan sosialisasi hak dan kewajiban peserta yang akan mendapatkan kacamata.
 - 4) Dengan Puskesmas, telah melakukan supervisi /kunjungan untuk mendapatkan data utilisasi dan pemanfaatan Puskesmas oleh peserta asks.
- b. Hambatan atau kesulitan PT Askes Cabang Semarang dalam melaksanakan program tersebut.
 - 1) Hambatan dengan Puskesmas adalah terkait rujukan, karena banyak peserta dirujuk ke Rumah Sakit, bukan atas indikasi medis tetapi atas

permintaan sendiri (APS) dari pasien, sehingga rumah sakit seperti puskesmas raksasa, yang menyebabkan pembiayaan tidak efisien.

- 2) Hambatan dengan Rumah Sakit, masih adanya dokter ahli yang meresepkan obat diluar obat askes (DPHO), dan masalah harga implant yang menjadi beban peserta, dimana harga menurut dokter jauh berbeda dengan yang sebenarnya sehingga berdampak pada kepuasan peserta.
- 3) Hambatan dengan apotek, adalah masalah entri data pasien yang mendapatkan obat dirasakan lambat, sehingga berdampak kepada lambatnya pembayaran klaim oleh PT Askes.

c. Cara PT Askes mengatasi masalah/hambatan :

- 1) Dengan Puskesmas dilakukan pendekatan/komunikasi, dimana rujukan yang didasarkan atas permintaan sendiri (APS) tidak diperkenankan , tetapi harus berdasarkan indikasi medis.
- 2) Dengan Rumah Sakit:
 - Menempatkan karyawan PT Askes di rumah sakit, sebagai bentuk mendekatkan pelayanan, baik kepada peserta maupun pihak rumah sakit.
 - Melakukan pertemuan melalui media forum komunikasi dan konsultasi sehingga permasalahan dapat diatasi bersama.
 - Melakukan sosialisasi baik terhadap tarif maupun obat DPHO..
- 3) Dengan apotek, mewajibkan setiap apotek yang mempunyai kerjasama untuk melaksanakan program apotek yang telah ditentukan.

2. Kepala Puskesmas

- a. Terkait dengan kepuasan peserta adalah melakukan :
 - memberikan pelayanan kesehatan dasar pada semua pemegang kartu askes baik dalam wilayah maupun luar wilayah

- memberikan pelayanan sebaik mungkin
 - Tidak membedakan pelayanan antara pasien umum dengan askes wajib
- b. Terkait dengan PT Askes adalah , belum disosialisasikannya secara maksimal kepada peserta tentang hak dan kewajiban peserta, sehingga puskesmas sering mendapat kesulitan terhadap pasien yang minta dirujuk atas permintaan pasien. Tentang kelancaran pembayaran kapitasi tidak ada kesulitan atau keluhan yang dirasakan.

3. Rumah Sakit

a. Jenis Tenaga : Dokter

- 1) Terkait prosedur/persyaratan pelayanan yang ditetapkan PT Askes (Obat DPHO, ada rujukan, dll) dikatakan cukup baik, upaya- upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan pelayanan rawat jalan adalah memberi obat sesuai DPHO dan tepat waktu dalam melakukan praktek
- 2) Tidak membedakan pelayanan antara pasien Umum dengan Askes wajib
- 3) Kesulitan atau keluhan yang dirasakan adalah adanya obat yang diganti oleh apotek tanpa sepengetahuan dokter
- 4) Cara mengatasi hambatan atau kesulitan tersebut adalah dengan :apotek harus memberi obat sesuai dengan resep atau apotek harus lapor ke dokter

b. Jenis Tenaga : Paramedis

- 1) Terkait prosedur/persyaratan pelayanan yang ditetapkan PT Askes (Obat DPHO, ada rujukan, dll) pada prinsipnya tidak ada hambatan
- 2) Upaya- upaya apa yang telah dilakukan untuk meningkatkan pelayanan

- a) menempel persyaratan askes ditempat strategis
- b) menerima keluhan peserta
- c) Selalu mengingatkan persyaratan kepada peserta
- 3) Tidak membedakan dalam pelayanan antara pasien Umum dengan Askes wajib mana yang dahulu sesuai urutan
- 4) Tidak ada kesulitan atau keluhan yang dirasakan

c. Jenis Tenaga : Staf Administrasi (Staf Klaim)

- 1) Terkait prosedur/persyaratan klaim/tagihan ke PT Askas, dibuatkan perincian biaya dan SJP, kemudian dientri ke komputer askes sesuai dengan SJP dan perincian RS yang sesuai dengan tarif askes
- 2) Lama waktu dibutuhkan untuk menyelesaikan klaim/tagihan diharapkan kurang dari 1 (satu) bulan
- 3) Kesulitan atau keluhan yang dirasakan :
 - a). Verifikasi diakhir bulan agak lambat, dan data yang ada kurang
 - b). Apabila SJP di komputer askes menyatakan pasien sudah pulang, sedangkan pasien sebenarnya masih di ICCU, maka harus membatalkan SJP dan memperbaharui SJP lagi sesuai dengan keadaan pasien

d. Jenis Tenaga : Staf Administrasi (Bendahara Penerima)

- 1) Terkait prosedur/persyaratan klaim/tagihan ke PT Askas, cukup mudah, karena ada petugas askes yang sebagai jembatan penghubung dalam berkomunikasi
- 2) Lama waktu dibutuhkan untuk menyelesaikan klaim/tagihan rata-rata 1 (satu) bulan
- 3) Tidak ada kesulitan atau keluhan yang dirasakan, karena ada komunikasi dengan petugas askes

4. Petugas Apotek

- a. Terkait prosedur pengajuan klaim/tagihan ke PT Askes

Prosedur klaim telah dituangkan dalam kontrak, jadi tidak memberatkan karena sudah tahu

- b. Upaya- upaya apa yang telah dilakukan oleh Apotek dalam meningkatkan pelayanan kepada peserta Askes wajib dalam pelayanan obat, yaitu mempercepat pengerjaan obat, disamping menambah SDM, selanjutnya dilakukan pengendalian bersama dengan petugas PT Askes
- c. Lama waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan klaim/tagihan adalah satu bulan, faktor pelayanan jauh lebih kecil, tapi tidak mempengaruhi pelayanan karena omzetnya besar sekali.
- d. Kesulitan atau keluhan yang dirasakan Apotek, perihal kekosongan obat biasanya terjadi karena distributor belum siap, pemahaman pasien tentang jumlah obat yang diberikan untuk pasien penyakit kronis dan program pada software yang tidak mengeluarkan struk biaya obat, sehingga pasien tidak tahu harga obat yang diberikan apotek kepada pasien
- e. Cara mengatasi hambatan atau kesulitan untuk kekosongan obat pihak apotek memfollow up ke PT Askes, selanjutnya Askes menindaklanjuti ke PBF/distributor, untuk pemahaman pada pasien kronis adalah dengan memberikan penjelasan secara langsung kepada pasien dan untuk masalah program, dilakukan per telpon ke Askes,

5. Petugas Optik

- a. Terkait Prosedur pengajuan klaim/tagihan ke PT Askes, tidak masalah karena sesuai kesepakatan
- b. Upaya- upaya apa yang telah dilakukan oleh optik dalam meningkatkan pelayanan kacamata, berusaha menyediakan kacamata dengan harga yang

terjangkau oleh peserta askes wajib/PNS, menyediakan kacamata yang sesuai dengan penggantian dari askes

- c. Lama waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan klaim/tagihan dari PT Askes adalah satu minggu .
- d. Kesulitan adalah jika peserta askes dengan statusnya bukan peserta, sehingga tidak mendapat kacamata, tetapi yang bersangkutan tidak mengetahui prosedur tersebut.
- e. Cara mengatasi hambatan atau kesulitan menyampaikan prosedur yang benar, disertai menunjukkan buku prosedur yang diterbitkan PT Askes sebagai bukti kepada peserta askes

BAB V

PEMBAHASAN

A. Keterbatasan Penulisan

Penelitian ini dilakukan sejak awal bulan Januari 2006 sampai dengan pertengahan bulan Maret 2006 di Kota Semarang.

Penulisan ini tidak terlepas dari faktor keterbatasan/kelemahan. Adapun keterbatasan dan kelemahan penulisan ini antara lain :

1. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan studi kualitatif. Pengumpulan data dilakukan oleh penulis dengan pedoman wawancara mendalam untuk memperoleh gambaran mengenai kepuasan peserta wajib PT Askes dalam menerima pelayanan baik dari PT Askes maupun provider seperti puskesmas, rumah sakit, apotek maupun optikal, oleh karena itu masih dimungkinkan adanya faktor/variabel lain yang mempengaruhi penelitian ini.
2. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam dengan menggunakan banyak item pertanyaan, membutuhkan waktu yang lama, sehingga dimungkinkan jawaban bersifat subyektif cukup besar dan membuat responden jenuh, karena itu untuk mengatasinya dilakukan triangulasi dengan melakukan *cross check* data dengan petugas PT. Askes, puskesmas, rumah sakit, apotek maupun optikal.
3. Informan/responden dalam penelitian ini adalah peserta yang telah mendapatkan pelayanan baik di PT Askes, puskesmas, rumah sakit, apotek maupun optikal, sehingga penulis menemukan kesulitan dalam menentukan apakah responden sudah sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
4. Jumlah responden pada penelitian berjumlah 10 orang, hal ini tidak menutup kemungkinan adanya peserta tidak puas yang tidak termasuk sampel, sehingga hasil tidak dapat digeneralisir.

B. Pembahasan

1. Pelayanan di PT Askes

Penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi peserta askes sosial dilaksanakan dengan *managed care* yang berarti sarat dengan upaya-upaya pengendalian untuk mencapai tujuan program yaitu pelayanan yang bermutu dengan biaya efisien.

Pelayanan kepada peserta dalam operasionalnya dikelompokkan kepada pelayanan administrasi dan pelayanan medis.

Pelayanan administrasi sebagian besar ada dalam wilayah wewenang dan tanggung jawab PT Askes, sedangkan pelayanan medis seluruhnya berada pada diwilayah provider, namun PT Askes turut bertanggung jawab dalam hal mutu layanan yang diterima oleh peserta dan juga dalam hal biaya yang ditimbulkan. Melihat karakteristik ini maka perlu ada sistem dan mekanisme dimana PT Askes dan provider secara bersama-sama terlibat dalam upaya kendali pelayanan medis bagi peserta. Guna mendukung hal tersebut maka telah dibentuk tim *Medical Advisory Board* (MAB).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan di PT Askes (Persero) Cabang Semarang secara umum adalah cukup baik, hal tersebut terlihat dari jawaban responden bahwa : prosedur penerbitan kartu Askes, prosedur tagihan/ klaim perorangan adalah mudah, tidak ada beban biaya administrasi, dan tidak ada keluhan.

Menurut Philip Kotler, kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan

atau *outcome* produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang ⁽³⁶⁾

Seorang pelanggan yang puas adalah pelanggan yang merasa mendapatkan *value* dari pemasok atau produsen atau penyedia jasa. *Value* bisa berasal dari produk, pelayanan, sistem atau sesuatu yang bersifat emosi. ⁽⁶⁾

Dalam konteks teori *consumer behavior*, kepuasan lebih banyak didefinisikan dari perspektif pengalaman konsumen setelah mengonsumsi atau menggunakan suatu produk atau jasa. Salah satu definisi dikemukakan Richard Oliver :” kepuasan adalah respon pemenuhan dari konsumen. Kepuasan adalah hasil dari penilaian dari konsumen bahwa produk atau pelayanan telah memberikan tingkat kenikmatan dimana tingkat pemenuhan ini bisa lebih atau kurang “ ^(6)

Kondisi ini juga sesuai dengan PT Askes, bahwa peserta yang telah datang ke Kantor Askes tentu mempunyai keperluan yang sangat penting, untuk itu harus diperlakukan secara hormat ^(22)

Hasil penelitian terhadap sikap petugas di PT Askes tergambar dari jawaban yang diberikan responden, bahwa keramahan petugas di PT. Askes sudah cukup baik, walaupun ada responden yang mempunyai kesan petugas Askes kurang profesional , kelihatan sibuk sekali, sehingga tidak sempat menegur peserta yang datang.

Kondisi ini sesuai dengan pedoman pelayanan prima PT Askes, bahwa penyebab pelanggan tidak puas, adalah dikarenakan tujuh sikap petugas yang merupakan “*sins of service*” yaitu : apatis, menolak, dingin, memposisikan diri lebih tinggi dari pelanggan, bekerja seperti robot ,kaku terhadap aturan, dan sibuk sendiri. ⁽²²⁾

Hasil penelitian mengenai ketanggapan/ketelitian petugas PT Askes sudah cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk menunggu penerbitan kartu Askes berkisar antara 30 menit, sedangkan untuk menyelesaikan tagihan perorangan dapat diselesaikan 2 hari.

Hal ini sesuai dengan pedoman standar pelayanan non medis, ukuran penyelesaian pembayaran perkasus adalah maksimal 2 hari, dan ukuran waktu menyelesaikan per kartu adalah 10 menit atau lebih kurang 40 menit untuk satu keluarga.

Waktu penyelesaian penerbitan kartu peserta adalah waktu yang dimulai dari diterimanya berkas administrasi kartu yang memenuhi kelengkapan persyaratan sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku sampai dengan terselesaikannya penerbitan kartu peserta ⁽³⁰⁾

Hasil penelitian terhadap suasana di PT Askes Cabang Semarang, terkesan cukup baik, hal ini terlihat dari jawaban responden, mengenai keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, sebagian besar responden mengetahui, ruang tunggu, kebersihan, penerangan, ketenangan dan keamanan sudah dianggap cukup baik.

Hal ini sesuai dengan pedoman pelayanan prima, yaitu ukuran dalam penilaian *service*, biasanya faktor faktor berikut : ⁽²²⁾

- Cepatnya dalam memberikan pelayanan
- Sikap petugas yang mencerminkan dan menimbulkan kepercayaan
- Kelengkapan dan kejelasan informasi yang disampaikan.

2. Pelayanan di Puskesmas.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas, khususnya menurunkan angka indikator keluhan peserta, upaya PT. Askes adalah melakukan kunjungan lapangan dalam rangka mendapat gambaran, khususnya tentang pelaksanaan pelayanan dengan ketentuan yang berlaku

atau perbedaan yang menyolok antara hasil pelaksanaan di satu Puskesmas dengan Puskesmas lainnya. ⁽³²⁾

Hasil penelitian pelayanan di puskesmas, menunjukkan bahwa prosedur penerimaan pasien adalah mudah, yang menangani pengobatan adalah dokter, tidak dikenakan biaya pemeriksaan, obat diberikan untuk 3 hari, semua responden tidak ada yang mengeluh/komplain terhadap pelayanan, karena pelayanan sudah dianggap cukup baik, hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan sebagian besar dokter puskesmas (80%) mempunyai persepsi yang baik terhadap implementasi asuransi kesehatan di puskesmas. ⁽³⁵⁾

Filosofi manajemen terkini telah menunjukkan pengakuan atas pentingnya *customer focus dan customer satisfaction*. Jika pelanggan tidak puas akan mencari produsen/penyelenggara pelayanan lain yang sesuai dengan kebutuhan mereka. ⁽⁵⁾

Sistem asuransi kesehatan telah mengalami suatu perubahan dalam hal penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan kearah *managed care*. Sebetulnya pembayaran *fee for service* lebih dipilih oleh PPK dan dinilai para dokter sebagai mekanisme pembayaran yang adil, namun sebaliknya sistem ini tidak mempunyai rasa solidaritas karena hanya masyarakat yang mampu saja yang menikmati pelayanan kesehatan. Sistem ini salah satu alternatif untuk mengatasi masalah pembiayaan kesehatan dalam mewujudkan Indonesia sehat 2010.

Pembayaran kapitasi merupakan konsep pemberian imbalan jasa pada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) berdasarkan jumlah jiwa (kapita) yang menjadi tanggung jawab sebuah PPK tanpa memperhatikan jumlah pelayanan pada suatu waktu tertentu.

Dengan penerapan konsep kapitasi, diharapkan akan menumbuhkan kerjasama yang baik antar PPK, adanya *transfer of knowledge* antara dokter

ahli dengan dokter umum, serta standar-standar pelayanan, kondisi ini sesuai dengan penelitian Wintera ,(2005) yaitu ⁽²⁹⁾ :

“.... pembayaran kapitasi sudah cukup bagus....sistem kapitasi yang diterapkan memungkinkan pengobatan itu lebih efektif, tidak mengada-ada, jadi pengobatan sekarang lebih efektif”

Hasil penelitian terhadap sikap petugas puskesmas, semua responden mengatakan cukup baik, tingkat ketanggapan/ketelitian dalam pelayanan sudah dianggap baik, waktu yang dibutuhkan untuk menunggu pelayanan berkisar antara 10 sampai 30 menit, dapat berkomunikasi dengan baik dengan petugas atau dokter dan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum, kondisi ini sesuai dengan Irawan (2002) ⁽⁶⁾ yang menyatakan bahwa kepuasan pelanggan ditentukan oleh persepsi pelanggan atas *performance* produk atau jasa dalam memenuhi harapan pelanggan, pelanggan merasa puas apabila harapan terpenuhi atau akan sangat puas jika harapan pelanggan terlampaui .Kepuasan pasien pada organisasi pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain adalah perasaan pasien pertama kali datang pada organisasi pelayanan, informasi , dan waktu tunggu ^(36)

Hasil penelitian mengenai suasana di Puskesmas, cukup baik, hal ini terlihat dari jawaban responden, mengenai keberadaan papan informasi, sebagian besar responden mengetahui, sementara untuk ruang tunggu, kebersihan, penerangan, ketenangan dan keamanan sudah dianggap cukup baik, hal ini sesuai instruksi Menteri Kesehatan RI no. 828/MENKES/VII/1999, bahwa kebersihan dan sanitasi lingkungan tempat dan fasilitas harus selalu dijamin melalui pelaksanaan pembersihan secara rutin dan penyediaan fasilitas pembuangan sampah/kotoran sesuai dengan kepentingannya ⁽³⁶⁾, selanjutnya hasil kajian Gronroos, mengatakan bahwa ada 3 dimensi kualitas pelayanan, meliputi : *technical quality*, yaitu yang berhubungan dengan *outcome* suatu pelayanan, *functional quality* yang lebih banyak

berhubungan dengan proses *delivery* atau bagaimana pelayanan diberikan kepada pelanggan, dan *image* atau reputasi dari produsen yang menyediakan jasa. Atribut materi promosi, brosur dan leaflet yang dipajang akan mempengaruhi dalam menilai kualitas pelayanan ⁽⁶⁾

3. Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit

Upaya PT Askes untuk meningkatkan mutu pelayanan di rawat jalan adalah pertemuan rutin dengan Tim Pengendali Rumah Sakit (TPRS). Program ini merupakan bentuk kegiatan pertemuan antara PT. Askes dengan TPRS provider askes sosial. Tujuan program ini adalah ⁽³²⁾ :

- Dipahami program pelayanan kesehatan PT Askes sosial oleh TPRS
- Dipahami prosedur pelayanan peserta askes sosial oleh TPRS
- Dipahami tatacara administrasi pelayanan kesehatan dan pengajuan klaim oleh TPRS
- Meningkatkan komunikasi antara PT Askes dengan provider
- Menurunkan keluhan administrasi di provider

Hasil penelitian pelayanan rawat jalan secara umum masih kurang, hal ini terjadi karena masih belum baiknya komunikasi pada pasien yang menanggung biaya tambahan (iur biaya), pada pelayanan penunjang (laboratorium dan USG)

Mengenai obat yang diresepkan oleh dokter ada yang tidak masuk obat askes (diluar DPHO), upaya pihak apotek adalah mengganti obat tersebut dengan obat yang setara, namun responden memilih beli sendiri. Obat yang dibeli sendiri tersebut terkesan agak memberatkan pasien walaupun harganya terjangkau , hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Irawan (2002) bahwa untuk pelanggan yang sensitif biasanya harga adalah sumber kepuasan yang penting karena mereka akan mendapatkan *value for money* yang tinggi⁽⁶⁾

Hasil penelitian tentang keluhan, sebagian kecil responden masih mengeluh, terkait karena loket tutup tidak sesuai dengan jam kerja, dan adanya keterlambatan dokter dalam melayani praktek.

Hal ini sesuai dengan Marsuli,(2005) yang mengatakan bahwa perbaikan mutu pelayanan diprioritaskan pada dimensi yang dianggap penting oleh pasien yaitu dimensi responsiveness⁽³⁷⁾

Terkait dengan tingkat keramahan petugas dianggap cukup ramah, tingkat ketanggapan/ketelitian dalam pemeriksaan sudah dianggap cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk menunggu pelayanan berkisar antara 10 sampai 30 menit, dapat berkomunikasi dengan baik dengan dokter maupun perawat, dan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum

Keluhan adalah adalah reaksi emosional dan rasional sebagai wujud dari persepsi negative atas jasa yang diterima atau digunakan terkait dengan pelayanan, kurangnya responden yang mengeluh atas pelayanan, sesuai dengan hasil survei *frontier*, yaitu ada 3 alasan kenapa pelanggan yang mempunyai masalah enggan menyatakan keluhan: (1) masalah yang dihadapi relatif tidak penting, waktu untuk komplain atau biaya yang harus dikeluarkan untuk komplain tidak sebanding dengan manfaat yang akan diperoleh, (2) mereka yakin pihak pemberi pelayanan tidak akan melakukan tindakan apapun atas komplain mereka, dan (3) mereka tidak tahu cara untuk menyatakan komplain⁽⁶⁾

Hasil penelitian terhadap suasana di poli rawat jalan, cukup baik, hal ini terlihat dari jawaban responden, mengenai keberadaan papan informasi, sebagian besar responden mengetahui, sementara untuk ruang tunggu, kebersihan, penerangan, ketenangan dan keamanan sudah dianggap cukup baik

Menurut konsep *servqual*, yang dikembangkan oleh *Parasuraman, Berry dan Zeithaml*, bahwa kualitas pelayanan tidak terlepas dari dimensi *tangible*, karena suatu *service* tidak bisa dilihat, tidak bisa dicium, dan tidak bisa diraba, maka aspek *tangible* menjadi penting sebagai ukuran terhadap pelayanan. Pelanggan akan menggunakan indra penglihatan untuk menilai suatu kualitas pelayanan. Pelanggan akan mempunyai persepsi bahwa penyelenggara pelayanan mempunyai pelayanan yang baik apabila ruang tunggu baik, peralatan gedung baik dan penampilan fisik dari petugas yang baik.⁽⁶⁾

5. Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit

Dalam rangka menurunkan angka keluhan di rawat inap khususnya mengenai pelayanan obat pada ruang rawat inap, maka PT Askes melakukan perluasan program one unit doze dispensing (OUDD) dan program sosialisasi DPHO, yaitu suatu kegiatan untuk lebih mengupayakan penulisan resep obat DPHO oleh dokter di rumah sakit.

Hasil penelitian terhadap pelayanan rawat inap secara umum adalah baik, mengenai prosedur penerimaan pasien, prosedur mendapatkan ruang rawat inap adalah mudah, pengobatan di dilayani oleh dokter dan perawat, tidak ada biaya tambahan (iur biaya) dalam pelayanan rawat inap asal dirawat sesuai dengan haknya.

Mengenai obat yang disediakan oleh poli rawat inap, dirasakan responden masih kurang baik, hal ini disebabkan karena faktor komunikasi antara perawat dan pasien yang kurang lancar, hal ini sesuai dengan penelitian Suprptono, yang menemukan adanya hubungan yang sangat bermakna antara pelayanan dokter, perawat dan pelayanan administrasi terhadap kepuasan pasien rawat inap di RSUD dr. Murjani, Sampit⁽³⁴⁾

Hasil penelitian mengenai sikap petugas poli rawat jalan, diketahui tingkat keramahan petugas terkesan masih kurang ramah, tingkat ketanggapan/ketelitian sudah dianggap cukup baik, lamanya waktu yang dalam pemeriksaan berkisar antara 5 sampai 10 menit.

Dalam hal pelayanan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum. Masih adanya responden yang menganggap petugas kurang ramah, tidak sesuai dengan instruksi Menkes RI no.828/MENKES/VII/1999 tentang pelaksanaan pelayanan prima bidang kesehatan yaitu : selalu diupayakan agar petugas memberikan pelayanan dengan sikap ramah dan sopan serta berupaya meningkatkan kinerja pelayanan secara optimal ⁽³⁶⁾

Hasil penelitian terhadap makanan, sebagian besar responden mengatakan makanan cukup bergizi, walaupun kurang enak, ada responden yang tidak mau makan makanan dari rumah sakit karena masalah penyajian, dimana makanan disajikan melalui baki yang ada kotak-kotaknya, tidak disajikan melalui piring, sehingga kalau mau makan dirasakan mual. Kondisi ini sesuai dengan penelitian BA.Molachele, dalam penelitiannya di RSU Fatmawati, Jakarta menemukan bahwa terhadap keseluruhan pelayanan rawat inap di rumah sakit, ada hubungan yang cukup berarti antara kepuasan pasien dengan pelayanan dokter, pelayanan perawat, fasilitas medis, lingkungan rumah sakit dan makanan yang disediakan untuk pasien ⁽³⁴⁾

Hasil penelitian terhadap suasana di poli rawat inap, cukup baik, hal ini terlihat dari jawaban responden, mengenai keberadaan papan informasi, sebagian besar responden mengetahui, sementara untuk ruang tunggu, kebersihan, penerangan, ketenangan dan keamanan sudah dianggap cukup baik hal ini sesuai dengan penelitian Sandan, HK, yang menyebutkan bahwa lingkungan fisik rumah sakit, fasilitas rumah sakit dan perilaku petugas

pelayanan berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat nginap di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangkaraya⁽³⁴⁾

Dalam penelitian kepuasan pasien rawat inap, Suryawati (2004), menemukan ada 18 indikator tentang kepuasan pasien rawat inap yang terbagi dalam tiga dimensi, yaitu : (1) pelayanan petugas meliputi : ketelitian dokter dalam memeriksa pasien, keteraturan pelayanan perawat dalam memeriksa pasien, kesungguhan perawat melayani kebutuhan dan permintaan pasien, serta sikap dan perilaku petugas dalam menghadirkan makanan. (2) kenyamanan rawat inap, meliputi : kebersihan dan kerapian gedung-koridor dan bangsal rumah sakit, kebersihan dan kerapian ruang perawatan, penerangan lampu gedung bangsal dan koridor diwaktu malam, keamanan pasien dan pengunjung rumah sakit, kelengkapan fasilitas atau perabot ruang perawatan, kebersihan kamar mandi pasien, variasi menu pasien, dan kebersihan peralatan makan pasien, (3) kemudahan dan kelancaran administrasi, meliputi : ketersediaan dan kelengkapan obat-obatan di apotek rumah sakit, lama waktu pelayanan apotek rumah sakit, lama waktu mendapatkan kepastian dari hasil pemeriksaan penunjang medis, kelancaran dan kemudahan pelayanan administrasi masuk dan menjelang pulang⁽³⁴⁾

5. Pelayanan Obat di Apotek

Upaya meningkatkan mutu pelayanan obat di apotek, dan untuk menurunkan angka keluhan PT Askes melakukan *utilisasi review* terkait dengan pemakaian obat, yaitu suatu kegiatan untuk mengevaluasi tingkat pemakaian obat di apotek yang diberikan kepada peserta askes. Evaluasi ini membandingkan jumlah pemakaian obat dari waktu ke waktu, ratio antara satu jenis pelayanan dengan jumlah obat. Kegiatan lain adalah melakukan

kunjungan untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan ketentuan yang berlaku, baik terkait pedoman maupun kontrak pekerjaan.

Hasil penelitian terhadap pelayanan obat di apotek menunjukkan pelayanan obat belum sepenuhnya baik, untuk prosedur penerimaan obat di apotek adalah mudah, namun masih ada obat askes (DPHO) yang diresepkan dokter tidak tersedia di apotek., obat yang tidak masuk askes tersebut dibeli sendiri oleh responden , walaupun harga obat masih terjangkau .

Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan sangat ditentukan oleh dimensi *reliability*, yaitu dimensi yang mengukur kehandalan dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan. Hal penting dalam meningkatkan tingkat *reliability* yaitu pembentukan budaya kerja “ *error free*”, dan mempersiapkan infrastruktur yang memungkinkan pelayanan “*error free*” .⁽⁶⁾

Walaupun masih kurangnya pelayanan obat di apotek, responden tidak melakukan komplain, hal ini sesuai dengan penelitian *Washington Based Technical Assistance Research Program (TARP)*, menunjukkan bahwa hanya 9% dari pelanggan yang tidak puas menyampaikan keluhannya, sementara yang lainnya beranggapan bahwa keluhan yang disampaikan tidak akan ditanggapi⁽²²⁾

Sehubungan dengan masalah komplain, ada dua strategi alternatif yang perlu dijawab, strategi manakah yang lebih baik antara “ *doing right at the first time*” atau “*service recovery*”. Alternatif pertama, berusaha memuaskan seluruh pelanggan dalam kesempatan pertama, menghindari *error* dalam memberikan pelayanan, alternatif kedua membiarkan terjadinya ketidakpuasan dalam kesempatan pelayanan yang pertama untuk sebagian pelanggan tetapi kemudian mendorong untuk menyelesaikan komplain dengan baik. ⁽⁶⁾

Hasil penelitian mengenai sikap petugas apotek, sebagian besar responden mengatakan bahwa tingkat keramahan sudah cukup , tingkat ketanggapan cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan obat berkisar antara 10 menit sampai 1 jam, sebagian besar responden mendapat penjelasan tentang tatacara minum obat, dalam hal pelayanan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum, hal ini sesuai dengan pernyataan Irawan (2002) yaitu : pelayanan yang responsif atau tanggap sangat dipengaruhi oleh sikap *front line staf*, salah satunya adalah kesigapan dan ketulusan dalam menjawab pertanyaan atau permintaan pelanggan⁽⁶⁾

Hasil penelitian mengenai suasana di apotek, adalah kurang baik, mengenai keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, sebagian besar responden tidak mengetahui, mengenai ruang tunggu, sebagian kecil responden mengatakan kurang luas, karena ada pasien yang berdiri. Mengenai kebersihan, sebagian kecil responden mengatakan kurang bersih , mengenai penerangan, ketenangan, dan keamanan, semua responden mengatakan cukup. Kepuasan pasien adalah suatu kenyataan, tetapi sering diabaikan sebagai indikator kepuasan pada umumnya, menyangkut : kebisingan, kamar kecil yang kotor, ruang yang panas daan keterlambatan pelayanan serta ketidaknyamanan lain (Wijono,1999), selanjutnya Irawan (2002) mengatakan: kepuasan yang didasarkan persepsi dan bukan aktual, mengandung aspek psikologi lain, maka faktor komunikasi dan situasi fisik disekeliling pelanggan yang menerima pelayanan merupakan hal yang penting dalam mempengaruhi penilaian pelanggan⁽⁶⁾

6. Pelayanan kacamata di Optik

Hasil penelitian terhadap pelayanan kacamata di optik, responden mengatakan bahwa prosedur penyerahan dan penerimaan kacamata di

optikal, adalah mudah, optikal mudah dijangkau, dekat dengan jalan besar dan dilalui oleh kendaraan umum. Memuaskan pelanggan berarti pelayanan harus *empathy*, respek dan tanggap akan kebutuhan pelanggan, dan pelayanan diberikan dengan cara yang ramah. Philip Kotler menjelaskan bahwa pelanggan akan membeli apabila mereka merasa menawarkan berdasarkan suatu penilaian yang diberikan pelanggan (*customer delivery value*)

Sebagian besar responden mengatakan bahwa nilai ganti kacamatanya dianggap cukup, sepanjang digunakan sesuai dengan fungsi kacamatanya, yaitu untuk melihat atau untuk membaca, sebagian kecil menganggap kurang karena kacamatanya standar askes belum memenuhi keinginan, terutama dalam tampilan/model kacamatanya. Kondisi ini sesuai dengan konsep teori *serqual* tentang kualitas pelayanan yaitu pada dimensi *emphaty*, bahwa perkembangan kebutuhan manusia dari teori “Maslow”, pada tingkat semakin tinggi, maka kebutuhan manusia tidak lagi dengan hal-hal yang primer, tetapi kebutuhan mengenai ego dan aktualisasi. Driver utama kepuasan pelanggan juga ditentukan oleh *emotional factor*, kepuasan yang berhubungan dengan gaya hidup. ⁽⁶⁾

Belum dipenuhinya kebutuhan *emphaty*, menyebabkan responden ingin memilih kepada PPK lain jika dimungkinkan, hal ini sesuai dengan hasil penelitian *Jerald Young di University of Florida* yang menunjukkan bahwa alasan pelanggan pindah dari suatu penyelenggara pelayanan kesehatan adalah ; 54 % karena sikap petugas yang tidak memuaskan, 23 % karena waktu, 23 % karena kualitas pelayanan medis ⁽²²⁾

Hasil penelitian terhadap keluhan, sebagian kecil responden mengeluh, hal ini terjadi karena kurang informasi dari petugas optikal tentang jumlah lembar fotocopy yang harus disiapkan oleh responden, dan untuk optikal tertentu harga kacamatanya yang dianggap terlalu tinggi.

Dalam salah satu survey yang dilakukan oleh *frontier*, menunjukkan bahwa mereka yang tidak puas dan tidak komplain, sekitar 20% yang menyatakan akan segera beralih ke penyelenggara pelayanan lain, mereka yang mengajukan komplain dan kemudian diberikan tindakan penyelesaian, hanya sekitar 2-3 % yang mempunyai intensi untuk pindah ke penyelenggara pelayanan lain ⁽⁶⁾

Hasil penelitian mengenai sikap petugas optikal, sudah cukup ramah, tingkat ketanggapan/ketelitian sudah dianggap cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan kacamata berkisar antara 1 jam sampai 3 hari. Mengenai informasi kacamata, semua responden mendapat penjelasan dari petugas optikal, dalam hal pelayanan tidak membedakan pelayanan antara pasien askes dan pasien umum, hal ini sesuai dengan Irawan (2002) yang mengatakan bahwa kualitas pelayanan ditentukan oleh dimensi assurance, yaitu dimensi kualitas yang berhubungan dengan kemampuan perusahaan dan perilaku *front line staf* dalam menanamkan rasa percaya dan keyakinan kepada para pelanggan.⁽⁶⁾

Hasil penelitian terhadap suasana di optikal, diketahui bahwa tentang keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, sebagian besar responden mengetahui, ruang tunggu baik, kebersihan, sudah cukup, penerangan, cukup baik, ketenangan cukup, keamanan cukup aman, hal ini sesuai dengan Irawan (2002) yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan juga tergantung pada dimensi *tangible*. *Tangible* yang baik akan mempengaruhi persepsi pelanggan yang pada saatnya juga merupakan salah satu sumber yang mempengaruhi harapan pelanggan. Karena *tangible* yang baik, maka harapan pelanggan menjadi lebih tinggi ⁽⁶⁾

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Profil responden

Responden adalah peserta askes wajib terdiri dari peserta aktif (CPNS/PNS) dan peserta pensiun (pensiun PNS/TNI/Polri/veteran/perintis kemerdekaan)

- a. Berdasarkan jenis kepesertaan, jumlah responden peserta aktif adalah semua berstatus PNS, sedangkan jumlah responden peserta pensiun adalah TNI/Polri yaitu 2 orang , pensiun PNS dan Veteran masing-masing 1 orang
- b. Berdasarkan jenis kelamin, jumlah responden peserta aktif dengan jenis kelamin laki-laki 4 orang, dan responden perempuan 2 orang, sedangkan jumlah responden peserta pensiun dengan jenis kelamin laki-laki 3 orang dan responden perempuan 1 orang
- c. Berdasarkan kelompok umur, jumlah responden peserta aktif pada kelompok umur 46-55 tahun, adalah paling banyak yaitu 5 orang, sedangkan untuk responden peserta pensiun paling banyak berada pada kelompok umur > 75 tahun, yaitu 2 orang
- d. Berdasarkan golongan kepangkatan, jumlah responden peserta aktif baik golongan rendah (I/II) maupun golongan tinggi (III/IV) masing-masing 3 orang, sedangkan untuk responden peserta pensiun juga untuk golongan rendah (I/II) maupun golongan tinggi (III/IV) masing-masing 2 orang .

2. Hal-hal yang memuaskan peserta

a. Pelayanan di PT Askes (Persero)

- 1) Secara umum pelayanan administrasi PT Askes kepada peserta sudah cukup baik, hal ini tergambar dari tidak ada kesulitan pada prosedur pembuatan/penerbitan kartu askes, menyelesaikan klaim perorangan, waktu tunggu baik dalam pembuatan kartu maupun waktu tunggu untuk penyelesaian klaim perorangan dianggap baik.
- 2) Untuk tingkat ketanggapan/ketelitian petugas, responden merasa cukup baik.
- 3) Suasana PT Askes yang tergambar dari keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, ruang tunggu, kebersihan, penerangan, ketenangan, dan keamanan sudah baik.

b. Pelayanan di Puskesmas.

- 1) Secara Umum pelayanan kesehatan di Puskesmas kepada pasien askes sudah cukup baik, hal ini tergambar dari : prosedur penerimaan pasien adalah mudah, ditangani oleh dokter dan perawat, tidak dikenakan biaya administrasi atau biaya pemeriksaan, serta diberikan obat cukup.
- 2) Sikap petugas yang tergambar pada keramahan, tingkat ketanggapan/ketelitian sudah baik, waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan relatif tidak lama, dan tidak membedakan pasien umum dan askes.
- 3) Suasana di Puskesmas, yang tergambar dari keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, ruang tunggu, kebersihan, penerangan, ketenangan, dan keamanan sudah baik.

c. Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit

- 1) Untuk prosedur penerimaan pasien dianggap mudah, dalam pengobatan ditangani oleh dokter dan perawat
- 2) Sikap petugas yang tergambar dari keramahan, tingkat ketanggapan/ketelitian cukup baik, waktu tunggu yang dibutuhkan untuk menerima pelayanan relatif tidak lama, dan tidak membedakan pasien umum dan askes.
- 3) Suasana pada poli rawat jalan rumah sakit, yang tergambar dari keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, ruang tunggu, kebersihan, penerangan, ketenangan, dan keamanan sudah baik.

d. Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit

- 1) Secara umum pelayanan kesehatan pada ruang rawat inap rumah sakit kepada pasien askes sudah cukup baik, hal ini tergambar dari : prosedur penerimaan dan memperoleh ruang inap relatif mudah, ditangani oleh dokter dan perawat, tidak ada iur biaya sepanjang pasien menggunakan haknya, prosedur pemulangan pasien juga dianggap mudah
- 2) Sikap petugas yang tergambar dari keramahan, tingkat ketanggapan/ketelitian cukup baik, dan tidak membedakan pasien umum dan askes.
- 3) Suasana poli rawat jalan rumah sakit , yang tergambar dari keberadaan papan informasi/brosur/leaflet, ruang tunggu, kebersihan, penerangan, ketenangan, dan keamanan sudah baik.

e. Pelayanan Obat di Apotek

- 1) Prosedur penerimaan resep sudah baik, apotek relatif mudah dijangkau, petugas ramah dan selalu memberikan penjelasan/informasi tentang minum obat
- 2) Sikap petugas yang tergambar dari keramahan, tingkat ketanggapan/ketelitian cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan obat relatif tidak lama, dan tidak membedakan pasien umum dan askes.
- 3) Kebersihan, penerangan, ketenangan, dan keamanan di apotek sudah baik

f. Pelayanan di Optik.

- 1) Secara umum pelayanan kacamata di optik kepada pasien askes sudah cukup baik, hal ini tergambar dari : prosedur penerimaan mudah, optik relatif mudah dijangkau, dan selalu memberikan penjelasan/informasi tentang kacamata.
- 2) Sikap petugas yang tergambar dari keramahan, tingkat ketanggapan/ketelitian cukup baik, waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan kacamata relatif tidak lama, dan tidak membedakan pasien umum dan askes.
- 3) Suasana di optik, sudah cukup baik, tergambar dari keberadaan media informasi , ruang tunggu , kebersihan, penerangan, ketenangan, dan keamanan sudah baik

3. Hal-hal yang kurang memuaskan peserta

a. Pelayanan di PT Askes

Dalam hal keramahan petugas, masih ada petugas Askes kurang profesional, yaitu terlalu sibuk, sehingga kurang memperhatikan kedatangan peserta

b. Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit

Pelayanan kesehatan di poli rawat jalan rumah sakit kepada pasien askes masih kurang, hal ini tergambar dari belum baiknya komunikasi kepada peserta yang dikenakan iur biaya pada penunjang diagnostik (pemeriksaan laboratorium atau USG), masih ada dokter meresepkan obat yang tidak masuk obat askes (d luar DPHO), masih ada responden mengeluh karena loket tutup tidak sesuai dengan jam kerja, dan adanya keterlambatan dokter dalam melayani praktek.

c. Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit

Kurangnya komunikasi antara pasien dengan perawat dalam hal pemakaian obat-obat di rawat inap..

Masih ada responden yang mengeluh dalam hal penyajian makanan, dimana penyajian tersebut menimbulkan kurang selera dalam menyantap makanan yang disajikan.

d. Pelayanan obat di apotek

Secara umum pelayanan obat di apotek kepada pasien askes masih kurang, hal ini tergambar dari masih ada obat askes (DPHO) yang diresepkan dokter tidak tersedia di apotek.

Suasana di apotek kurang baik, tergambar dari keberadaan media informasi (papan informasi/lposter) dirasakan kurang, demikian juga dengan

ruang tunggu yang dianggap terlalu sempit, karena banyak peserta yang berdiri.

B. Saran

Dari hasil penelitian dan pembahasan diatas, beberapa hal dapat disarankan kepada :

1. PT Askes adalah :

a. Terkait Pelayanan Administrasi di PT Askes

- 1) Sehubungan masih adanya petugas PT Askes kurang profesional dimana petugas kurang memperhatikan kedatangan peserta, disarankan kepada PT Askes untuk mengikutkan seluruh karyawan termasuk petugas dilingkungan *front office* dalam pelatihan *service excellence* (pelayanan prima)
- 2) Masih adanya keluhan peserta terkait dengan iur biaya pada penunjang diagnostik, disarankan untuk sosialisasi bersama antara PT Askes dengan rumah sakit kepada peserta

b. Terkait dengan Pelayanan di Puskesmas:

Masih adanya rujukan dari puskesmas yang didasarkan bukan pada indikasi medis, tetapi atas permintaan sendiri (APS), hendaknya PT Askes lebih optimal dalam melakukan kunjungan ke puskesmas dan sosialisasi kepada peserta.

c. Terkait dengan Rawat Jalan Rumah Sakit

Masih terdapat keluhan terkait loket tutup tidak sesuai dengan jam kerja , adanya keterlambatan dokter dalam melayani praktek. maka diharapkan PT Askes lebih meningkatkan lagi hubungan kemitraan dengan poli rawat jalan

Sehubungan masih ada dokter meresepkan obat tidak masuk obat askes (DPHO), PT Askes lebih meningkatkan lagi sosialisasi kepada dokter ahli tentang peresepan obat DPHO.

d. Terkait dengan Rawat Inap Rumah Sakit

- 1) Masih kurangnya komunikasi antara pasien dengan perawat dalam menjelaskan pemakaian obat-obatan, sebaiknya PT Askes mengikutkan perawat dilingkungan ruang rawat inap dalam pelatihan *service excellence* (pelayanan prima)
- 2) Masih adanya pasien yang tidak mau menyantap makanan dari rumah sakit dikarenakan bentuk penyajian, diharapkan antara PT Askes dan ruang rawat inap menetapkan kembali standar penyajian makanan kepada pasien.
- 3) Untuk menghindari gap dalam komunikasi pemakaian obat, antara pasien dengan perawat sebaiknya program *one unit dozed dispensing* (OUDD) dilakukan pada ruang rawat inap seluruh rumah sakit.

e. Terkait dengan pelayanan obat di Apotek

- 1) Terkait dengan masih ada obat askes (DPHO) yang diresepkan dokter tidak tersedia di apotek, sebaiknya PT Askes meningkatkan monitoring dan evaluasi serta meninjau ulang perjanjian kerjasamanya.
- 2) Mengenai suasana di apotek kurang baik, dimana keberadaan media informasi dirasakan kurang, dan ruang tunggu dianggap sempit, sebaiknya PT Askes melakukan komunikasi kepada apotek untuk

melakukan penempatan papan informasi atau brosur dan melakukan rehabilitasi ulang terhadap ruang tunggu.

f. Terkait dengan pelayanan kacamata di Optik.

Mengenai harga kacamata yang dirasakan masih tinggi, karena belum ada pemisahan etalase antara kacamata umum dan bantuan askes, sebaiknya PT Askes menyarankan kepada optikal untuk menyediakan etalase khusus peserta askes, sehingga pasien dapat memilih kacamata dengan lebih optimal.

2. Akademik/MIKM

Diharapkan agar memperluas dan memperkaya pandangan ilmiah yang berhubungan dengan pelayanan askes baik ditinjau dari perspektif keuangan, pembelajaran dan pertumbuhan maupun proses bisnis internal.

Penelitian ini masih dapat dilanjutkan untuk peserta askes komersial atau askes masyarakat miskin.

DAFTAR PUSTAKA

1. Republik Indonesia, 2004 , *Undang Undang No. 40 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Sekretariat Negara, Jakarta*
2. PT. Askes (Persero), 2002, *Strategy Map PT Askes (Persero)*, PT Askes, Jakarta
3. Sulastomo , 2002, *Asuransi Kesehatan Sosial Sebuah Pilihan*, Rajawali press, Jakarta
4. PT. Askes (Persero), 2004, *Organisasi dan Tata Kerja PT Askes (Persero)*, PT Askes, Jakarta
5. Sony Yuwono , 2003, *Petunjuk Praktis Penyusunan Balanced Scorecard Menuju Organisasi Yang Berfokus Pada strategi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
6. Handi Irawan, 2002, *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*, Elekmedia Komputindo, Jakarta
7. Abdurrauf, 2003, *Evaluasi Kinerja Instalasi Gawat Darurat RSU Banjar Berdasarkan Balanced Scorecard*, tesis, MMRS, UGM, Yogyakarta
8. Thabrani, Hasbullah, 2002, *Asuransi Kesehatan di Indonesia*, UI press, Jakarta
9. Sulastomo , 2005, *Sistem Jaminan Sosial Nasional*, IDI, Jakarta
10. PT. Askes (Persero), 1992, *Himpunan Perundang-undangan Berkaitan Dengan PT Askes*, PT Askes, Jakarta
11. Charles Nurmand and Axel Weber, 1994, *Social Health Insurance*, International Labour Office, Geneva
12. PT Askes (Persero), 2002, *Rencana Jangka Panjang Perusahaan (RJPP) periode tahun 2004 – 2008 PT Askes (Persero)*, PT Askes, Jakarta
13. PT. Askes (Persero), 2004, *Indikator Penilaian Kinerja*, PT Askes, Jakarta
14. Rahmad Dwi Jatmiko , 2003, *Manajemen Stratejik* , UMM press, Malang
15. Lane K Anderson & Donald K Clancy, 1991, *Cost Accounting*, Homewood, Richard D Irwin, Boston
16. Richard L. Lynch dan Kelvin F. Cross, 1993, *Performance Measurement System Handbook of Cost Management*, Barry Brinker, Warren Gorham Lamont, New York

17. Anthony A. Atkinson, Rajiv D. Bunker, Robert S Kaplan, & S. Mark Young, 1997, *Management Accounting*, edisi kedua, Prentice Hall, Inc, New Jersey
18. PT. Askes (Persero), 2004, *Rencana Kerja dan Anggaran Perusahaan*, PT Askes, Jakarta
19. Wahyudi Prakarsa, 1998, *Turbulensi lingkungan dan Reformasi Organisasi Poleksos*, Makalah , Kuliah PS Magister Akuntansi, Jakarta
20. Soekidjo Notoatmodjo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
21. Wiknjosastro, Gulardi, 1993, *Politik Ekonomi Kesehatan Indonesia*, Yayasan Padi Kapas, Jakarta
22. PT Askes (Persero), 2001, *Pedoman Pelaksanaan Perilaku Pelayanan Prima*, PT Askes, Jakarta
23. Ian Youngman, 1995, *The Health Insurance Opportunity*, Lafferty Publication Ltd, Dublin- Ireland
24. Moleong, Lexy J, 2000, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT Remaja Rosdakarya, Bandung
25. PT. Askes (Persero), 2003, *Budaya Perusahaan PT Askes (Persero)*, PT Askes, Jakarta
26. Adi Utarini, 2004, *Metode Penelitian Kualitatif*, Materi Kuliah Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta
27. PT. Askes (Persero), 2005, *Petunjuk Teknis Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin*, PT Askes, Jakarta
28. Mukti, Ali Gufron, 2003, *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta wajib PT Askes Di Kabupaten Banyumas*, Jurnal Manajemen pelayanan Kesehatan Vol.06/no.02/2003,UGM Press, Yogyakarta.
29. Wintera, I Gede, 2005, *Determinan Kepuasan Dokter Puskesmas Terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi Peserta Wajib PT Askes Di Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah*, Jurnal Manajemen pelayanan Kesehatan Vol.08/no.02/2005,UGM Press, Yogyakarta.
30. PT. Askes (Persero), 2003, *Standar Pelayanan Non Medik (SPNM)*, PT Askes, Jakarta

31. PT. Askes (Persero), 2001, *Pedoman Pembinaan Peserta*, PT Askes, Jakarta
32. PT. Askes (Persero), 2005, *Pedoman Pelaksanaan Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Askes Sosial* , PT Askes, Jakarta
33. PT. Askes (Persero), 2006, *Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO)*, edisi XXV, PT Askes, Jakarta
34. Suryawati,Chriswardani, 2004,*Kepuasan Pasien Rumah Sakit (Tinjauan Teoritis Dan Penerapannya Pada Penelitian)*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.07/no.04/2004,UGM Press, Yogyakarta.
35. Hendrartini, Julita, 2002, *Persepsi Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat I Terhadap Program Asuransi Kesehatan/JPKM*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.05/no.02/2002,UGM Press, Yogyakarta.
36. Wijono, Djoko, 1999, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Terori, Strategi dan Aplikasi*, Vol.01, Airlangga University Press, Surabaya.
37. Marsuli,2005, *Mutu Pelayanan Pasien Peserta Askes dan Umum di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. M. Yunus-Propinsi*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.01/no.01/2005,UGM Press, Yogyakarta.
38. Fathmawati, 2003, *Pengetahuan Dan Sikap Penyedia Pelayanan Kesehatan terhadap Konsep Managed Care Di Daerah Istimewa Yogyakarta*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.06/no.01/2003,UGM Press, Yogyakarta.
39. Parasuraman, A Zeithaml V.A, and Berry LL, (1988) *Serqual : A Mutiple Item Scale for Measuring Costumer Purception of Service Quality*, Journal of Retailling
40. PT. Askes (Persero), 2005, *Pedoman Administrasi Kepesertaan Askes Sosial* , PT Askes, Jakarta
41. PT. Askes (Persero), 2002, *Pelayanan Alat Kesehatan Bagi Peserta Askes Sosial*, PT Askes, Jakarta